



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	
SAMUEL ARAUJO SANTOS (AUTOR)		EWERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68968460	02/10/2020 15:58	<a href="#">ANEXO 1</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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 00795/00796 - carta\_01 - INVALIDEZ

00020398



Carta nº 15125382





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, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 15201227

Pag. 01985/01986 - carta\_01 - INVALIDEZ





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





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](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: ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - 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 9.9068-5158

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0775 CONTA: 15613 9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 219 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizada

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

39 - 2ª | Nome: CPF:

COMPREV  
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A  
18 NOV 2019  
PROTÓCOLO  
RECEITO

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019









## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - 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 9.9068-5158

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote a opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0775 CONTA: 15613 9 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascido(a) filho(s)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmão(s)? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizada

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

39 - 2ª | Nome: CPF:

COMPREV  
COMPREV  
Assinatura da testemunha  
18 NOV 2019  
PROTÓCOLO  
Assinatura da testemunha  
RECEITE

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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -  
DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0203000315

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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** (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DE BRITO ARAÚJO SANTOS Pai: RAIMUNDO JOSÉ DOS SANTOS Data de Nascimento: 26/8/1989 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7136898/SDS/PE (RG), 98784428437 (CPF), 98874521327 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Endereço Residencial: AVENIDA FREI JERONIMO, 220 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

**SINISTRO** (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**ALEXANDRE DE CARVALHO** (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

25/09/2019 16:58



**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(s): **ALEXANDRE DE CARVALHO**,  
que estava em posse do(s) Sr(s): **ALEXANDRE DE CARVALHO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ES1** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDU8424 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **948322088** Chassi:  
**802K01670BR000078**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

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

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

**SAMUEL ARAÚJO SANTOS**  
(VITIMA)

*Samuel Araújo Santos*

B.O. registrado por: **CAROLANO BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221755-4** -  
Matrícula: **221755-4**



25/09/2019 16:58







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -  
DP113ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0203000315

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

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

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

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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** (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA  
DAS GRAÇAS DE BRITO ARAÚJO SANTOS Pai: RAIMUNDO JOSÉ DOS SANTOS Data de  
Nascimento: 26/8/1989 Naturalidade: ALAGOINHA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:  
7136898/SDS/PE (RG). 98784428437 (CPF). 98874521327 (CNH) Estado Civil  
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)  
Endereço Residencial: AVENIDA FREI JERONIMO, 220 - CEP: 8 - Bairro: CENTRO -  
ALAGOINHA/PERNAMBUCO/BRASIL

**SINISTRO** (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO  
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

**ALEXANDRE DE CARVALHO** (não presente no plantão) - Sexo:  
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



25/09/2019 16:58



**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(s) Sr(s): **ALEXANDRE DE CARVALHO**,  
que estava em posse do(s) Sr(s): **ALEXANDRE DE CARVALHO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDU8424 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **948322088** Chassi:  
**802K01670BR000078**  
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

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

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

**SAMUEL ARAÚJO SANTOS**  
(VITIMA)

*Samuel Araújo Santos*

B.O. registrado por: **CAROLANO BARBOSA DOS SANTOS - MAT. 221755-4** -  
Matrícula: **221755-4**



25/09/2019 16:58





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - 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 9.9068-5158

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0775 CONTA: 15613 9 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizada

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

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

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

38 - 1ª | Nome: CPF:

39 - 2ª | Nome: CPF:

COMPREV  
Assinatura da testemunha  
18 NOV 2019  
PROTÓCOLO  
Assinatura da testemunha

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019









## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - 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 9.9068-5158

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0775 CONTA: 15613 9 AGÊNCIA: CONTA:  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não autorizada

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

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

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

38 - 1ª Nome: CPF:

39 - 2ª Nome: CPF:

COMPREV  
Assinatura da testemunha  
18 NOV 2019  
PROTÓCOLO  
Assinatura da testemunha

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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA:	07/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:
----------------------

VALOR TOTAL:	337,50
--------------	--------

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

CLIENTE: SAMUEL ARAUJO SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00775

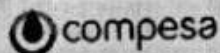
CONTA: 000000015613-9

---

---

Nr. da Autenticação 51A9B04F66A312D6





CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR JERONIMO - MARL - S/N - CENTRO ALACOTINA  
PE 55260-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 100933938 Jul/2019  
SAMUEL ARAUJO SANTOS  
2TV JOAO FRANCISCO GALINDO, N. 00119 - CENTRO ALACOTINA PE 552  
60-000  
INSCRIÇÃO: 006.820.122.0630.000 COPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 100933938

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	TIPO DE CONSUMO (AN)
		1	N MEDIDO

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

HISTORICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

06/2019 10

PARAMETROS	MÉDIA DE 3 AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.014/11	ANALISES REALIZ.	ATEENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	13	13	13
COR APARENTE	13	13	13
CORO RESIDUAL	13	13	13
COLIF. TOTAIS	13	13	13
COLIF. TOTAIS	13	13	13

MÉDIA: 10

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Obs.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES 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	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	41,30
LIGAÇÃO DE ÁGUA 06/2019		28,43
MULTA P. IMPONTUALIDADE 06/2019		1,39

TRIBUTOS	DATA DO 2º PAGO	VALOR DO IMPORTE
IMPOSTO	41,30	1,65
TOTAL	41,30	7,60

VENCIMENTO: 05/08/2019

TOTAL A PAGAR: 71,12

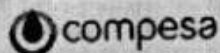
RECEBEMOS:

PROTOCOLO  
18 NOV 2019

COMPRESSA  
18 NOV 2019







CNPJ 09.769.035/0001-64  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA FR. JERONIMO - MARL - S/N - CENTRO ALAGOTINHA  
PE-55260-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 100933938 Jul/2019  
SAMUEL ARAUJO SANTOS  
2TV JOAO FRANCISCO GALINDO, N. 00119 - CENTRO ALACOTINHA PE 552  
60-000  
INSCRIÇÃO: 006.820.122.0630.000 COPO: 3 DEB. AUTOMÁTICO: 100933938

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	TIPO DE CONSUMO (AN)
		1	N MEDIDO

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

HISTORICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

06/2019 10

PARAMETROS	MÉDIA DE 3 AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.014/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	13	13	13
COR APARENTE	13	13	13
CORO RESIDUAL	13	13	13
COLIF. TOTAIS	13	13	13
COLIF. TOTAIS	13	13	13

MÉDIA: 10

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Obs.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES 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	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	10 M3	41,30
LIGAÇÃO DE ÁGUA 06/2019		28,43
MULTA P. IMPONTUALIDADE 06/2019		1,39

TRIBUTOS	DATA DO 2º PAGO	VALOR DO IMPORTE
IMPOSTO	41,30	1,65
TOTAL	41,30	7,60

VENCIMENTO: 05/08/2019

TOTAL A PAGAR: 71,12

RECEBEMOS:

PROTOCOLO  
18 NOV 2019

COMPANHIA DE SANEAMENTO DE PERNAMBUCO S/A





DR LIDIO PARAIBA  
DE QUEIROZ, Prado, Pesqueira - PE  
1-000, 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

Atendimento prestado pelo paciente ou acompanhante:

NOME: AMUEL ARAUJO SANTOS  
Nascimento: 26/09/1989 Idade: 29 Sexo: Masculino Cor: Sem informação  
CPF: 02735401281 Nacionalidade: Brasileiro  
Estado Civil: Casado(a) Profissão:  
Filiação Mãe: MARIA DAS GRACAS DE BRITO ARAUJO SANTOS  
Pai: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS

Endereço: AV FREI GERONIMO 220 Complemento:  
Cidade: ALAGOINHA UF: PE Telefone:  
Acidente de trabalho: Sim ☐ Não ☐

Classificação de Risco:

08/2019 Hora do Atendimento: 17:25

Enfermeiro:

Principal: Pkt relata queda de moto no dia anterior, referida em punho E.

150 Km/h alega

Choque Trauma:	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura: m
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Transporte realizado por:
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	Per que:
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Respiratório	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	18 NOV 2019
FC: x SPO2	PA: x mm Hg Pulso:	PROTOCOLO
Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>	AGÊNCIA REGISTRO
Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora	
Abertura Ocular	Escore: Hora:	Escore: Hora:



Indicamento Médico:

Data: 17:25

Data: 29/08/2019 Médico:

CRM:

Próximo Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Cód. Procedimento:

Exame/Procedimentos

Assinatura Médico + Carimbo

Doença Principal:

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Referido para:

Admitido na Clínica:

Indicação para Alta / Internamento / Transferência:

Local:

CRM:

Data: / /

Hora:

#### Declaração de Responsabilidade para Internamento

O paciente, ciente das 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: \_\_\_\_\_

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, 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  
Diretoria 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>2638878</b>	Vítima Nº	
	Data do atendimento: <b>29/08/2019 às 2000-01-01 17:25:00 -0200</b>		Número de Registro/Prontuário: <b>000063327</b>	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	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			
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 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		Tipo de Vítima <input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Passageiro <input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Acidente relacionado ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Tipo de acidente <input type="checkbox"/> 1 Colisão/batimento <input type="checkbox"/> 6 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento <input type="checkbox"/> 8 Outro	
	Fatores relacionados ao acidente		Meio de locomoção da vítima no momento do acidente	
	Excesso de velocidade <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Meio de locomoção da vítima no momento do acidente <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 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Puxado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro	
	Uso de cinto de segurança pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Outra parte envolvida no acidente <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Veículo puxado <input type="checkbox"/> 8 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 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	
	Uso de capacete pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Soma do condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <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"/> 3 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	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 Viatura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate Bombeiros <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	
	Responsável pelo preenchimento		Função	
	Observações			





DR LIDIO PARAIBA  
DE QUEIROZ, Prado, Pesqueira - PE  
1-000, 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

Atendimento prestado pelo paciente ou acompanhante:

AMUEL ARAUJO SANTOS

02735401281

Estado Casado(a)

CPF

057.844.204-37

Nascimento: 26/09/1969

Profissão:

Filiação Mãe: MARIA DAS GRACAS DE BRITO ARAUJO SANTOS

Pai: RAIMUNDO JOSE DOS SANTOS

Idade: 29

Sexo: Masculino

Cor: Sem informação

Nacionalidade: Brasileiro

Naturalidade: ALAGOINHA

AV FREI GERONIMO

Cidade: ALAGOINHA

220

Complemento:

UF: PE

Telefone:

Acidente de trabalho:

Sim ☐

Não ☐

Classificação de Risco:

Enfermeiro:

08/2019 Hora do Atendimento: 17:25

Principal: Vítima relata queda de moto no dia anterior, sofreu  
dois em punho E.

COMPANHIA DE SEGURANÇA S/A  
06 DEZ 2019  
PROTÓCOLO

150 KM/h alguma

do Trauma:	Episódio Emético: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Consciência: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
de Trânsito: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por:	
Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Por que:	
de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m

Transporte realizado por:

Por que:

COMPANHIA DE SEGURANÇA S/A  
18 NOV 2019  
PROTÓCOLO

Isóico:	Via aérea está pervia: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> O paciente fala:
Respiratório	FC: x SPO2
Respiratório	PA: x mm Hg Pulso:
Neuroológico	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>
Abertura Ocular	Glasgow: Resposta Verbal
Hora:	Escore: Hora:

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Resposta Motora

Escore: Hora:

Assinado:

Indicamento Médico:

Data: 17:25

Data: 29/08/2019 Médico:

CRM:

Histórico Inicial:

Exames Solicitados:

Resultado dos Exames:

Exame/Procedimentos

Cód. Procedimento:

Assinatura Médico + Carimbo

Queixa Principal:

Histórico Definitivo:

Histórico do Caso:

Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a pedido ☐ Evadiu-se ☐

Referido para:

Admitido na Clínica:

Indicação para Alta / Internamento / Transferência:

Assinatura:

CRM:

Data: / /

Hora:

Condição da Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado  
☐ Inalterado ☐ Piorado  
☐ Óbito

Obrigações de Responsabilidade para Internamento

O paciente declara estar ciente das 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: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Nome Completo Legível: \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

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





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

## REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação: <b>Pasqueira - PE</b>		Gênero	
	Unidade Sentinela: <b>HOSPITAL DR LIDIO PARAIBA</b>		CNES: <b>2635578</b>	Vítima N°
	Data do atendimento: <b>29/06/2019 às 2000-01-01 17:25:00 -0200</b>		Número de Registro/Promulção: <b>000063327</b>	
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome: <b>SAMUEL ARAUJO SANTOS</b>			
	Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 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			
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 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		Tipo de Vítima: <input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre <input type="checkbox"/> 3 Passageiro contido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro contido inadequadamente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Acidente relacionado ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Tipo de acidente: <input type="checkbox"/> 1 Colisão lateralmente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento lateralmente <input type="checkbox"/> 9 Outro	
	Fatores relacionados ao acidente		Meio de locomoção da vítima no momento do acidente: <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 Cadeira <input type="checkbox"/> 6 Veículo Pousado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 9 Outro	
	Excesso de velocidade: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Outra parte envolvida no acidente: <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Cadeira <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Veículo pousado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica	
	Uso de cinto de segurança pela vítima: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Avanço de sinal: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	
	Uso de celular pelo condutor: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Uso de capacidade pela vítima: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 98 Não se aplica	
	Uso de bebida alcoólica pelo condutor: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		Soma do condutor: <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <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"/> 3 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			
	Transferência da Vítima: <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			
	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 Resposta Bombeiros <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Colchete <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			
Responsável pelo preenchimento				
Observações				





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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 28/10/14	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 28/10/14
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Samuel Araújo Santo	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura Roda distal (E)	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratamento cirúrgico Roda distal E Alto 4/11/14	
ALTA MÉDICA: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Tricada presente no dia articular
2º	com perda de movimento de rotação
3º	interna e externa perda de
4º	supinação com atrofia muscular
5º	75% grave

PRESENTE E/OU AVALIA A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 DIAS ANTERIORES À DATA DA AVALIAÇÃO, SENDO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

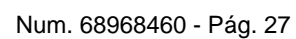
Assinado: 5/12/14

Dr. Victor Crispim  
Cirurgião Especialista em Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA E CARIMBO



COMPREV  
18 NOV 2019  
PROCOLO  
AGENCIA REGIST



## 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 TERMINO 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
Total			2,5 %	R\$ 337,50



**Lauda 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?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) 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"<br><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | ( ) "Sem sequela permanente"<br><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |   |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):<br><b>PUNHO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( <b>X</b> ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo  | Região Corporal (Sequela):<br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br>( ) 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	
SAMUEL ARAUJO SANTOS (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
68968461	02/10/2020 15:58	<a href="#">ANEXO 2</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





Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6043074

A/C: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Sinistro: 3150012035  
Vítima: 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**

Pag. 01755/01756 - carta\_03

00050878



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 início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Pag. 00491/00492 - carta\_02







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



3150/012035

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

*[Handwritten signature]*  
ANT.

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

Vítima

Processo

Samuel Araujo Santos

/ 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.

ASP nº: 750061/2014  
Seguradora: SABEMI  
Dependência: 101  
Natureza: INVALIDEZ  
DT. Reclamação: 03/10/2014  
DT. Último Documento: 22/12/2014

Certo de sua atenção e providências, desde já agradecemos.

*[Handwritten signature]*  
Regdata Reguladora de Seguros Ltda.

OUTROS



REGDATA - Reguladora de Seguros Ltda.

22-02-2014 15:41 461508 1/1

SEGURADORA LIDER DPVAT-15 04/02





atos - Executor

<https://sisadvassimissun.segurobrasil.com.br/consultas/consultasSinistro.aspx?sinistro=20100215583334800000067636392>

### Sinistro Referência

Vítima: SAMUEL ARAUJO SANTOS

Data de nascimento: 26/09/1989

CPF: 057.844.204-37

1. U. Invalidéz

### DADOS DA VÍTIMA

CPF: 057.844.204-37

Vítima: 1

Data do sinistro: 20/08/2014

Número do sinistro: 2014859909

Seguradora: 2119

Natureza: Invalidéz Parcial

Código de Regulação: Pendente

Sequência: 001

Dependência: 801

2014

### CONTATO

Nº 1

Já existe sinistro em regulação, encaminhar reclamante a seguradora de origem

*Antonio YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR*  
Fechar

Cancelar

22/12/2014



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



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 sistêmico.

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 SANTOSPORTADOR(A) DO RG Nº 7136498

EXPEDIDO POR

SOSEM 19/09/14CPF 054849209-38 / CNPJPROFISSÃO Autônomo

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 A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA PRESTADAS.

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



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

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

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta pessoa jurídica;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL: atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Conta 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 documentação comprobatória dos dados bancários);

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 SISO DPVAT Sinistro.

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

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESCO

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL

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

☐ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ

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

☒ CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERALBANCO 104 - AGÊNCIA 0775 (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, 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 DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL ALAGUINHADATA 03/10/14

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO(A)

Samuel Araújo Santos

ATENÇÃO:

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$1.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas-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.









GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 113ª CIRCUNSCRIÇÃO - ALAGOINHA -  
DPI13ªCIRC DINTERI/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0203000269

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

Complementa o BO Número: 14E0203000265

**ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposos (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: Masculino Mãe: 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:



BOLETIM DE OCORRENCIA

\*1004026\*





-91367085

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

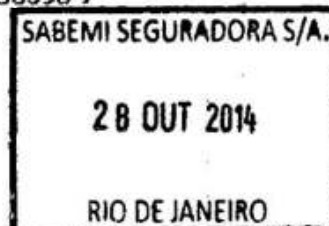
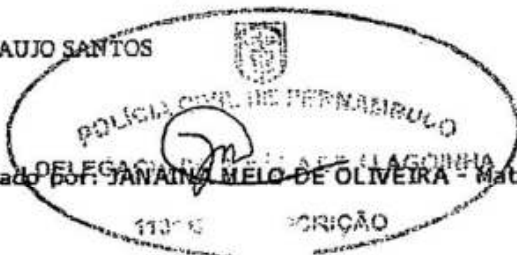
Complemento / Observação

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 CAPO TOU, 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.

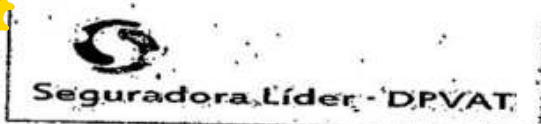
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

SAMUEL ARAUJO SANTOS  
(VITIMA)

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







CERTIDÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML



\*1004



### DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML

Eu, SAMUEL ARAUJO SANTOS, portador da carteira de identidade nº 7136998 e inscrito no CPF/MF sob o nº 057.844.204-37, residente e domiciliado na R. JOAQUIM CEZARIANO GALINDO, 77, 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 Araújo Santos

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

ALAGOINHA

Local e data

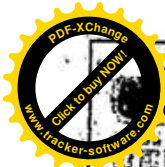
03/10/2014



*Este documento não descarta a apresentação da declaração firmada 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

## Prontuário de Emergência

Data: 20-07-14

Nome: Samuel Araújo Santa

Idade: 24 anos

Endereço: Alagoimha

Filiação: Raimundo Hare dos Santos

Mãe: Das Graças de Brito Araújo Santa

SINAIS VITAIS:

PESO:

ALTURA:

TEMPERATURA:

PA: 120 x 80

FC:

HGT:

CLASSIFICAÇÃO:

Acidente automobilístico ☐

Agressão ☐

Acidente de Trabalho ☐

Outros ☐

Ambulatório ☐

Urgência ☐

QUEIXA PRINCIPAL:

(Acidente automobilístico) capotamento, refere dor em braço (E) há 02 horas. Nega vômito e/ou tontura.

ALERGIA:

EGG, sup. eico, corado, consue

OBSERVAÇÃO:

AR e PCV - se alt.

Glasgow 15 - pupila isocor

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

Fratura ?

CONGUTA:

① Volfare - diag. - In. 12.45

INTEMI SEGURADORA S/A  
03 OUT 2014  
RIO DE JANEIRO

CRM 20682

EXAMES COMPLEMENTARES:

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATORIO







## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu SAMUEL ARAUJO SANTOS

RG nº 7136998, data de expedição 19/09/14, órgão SDS

CPF nº 05784420437 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>R. JOAQUIM CEZARIANO GALINDO</u>
Número	<u>77</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>ALAGUINHA</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: ALAGUINHA, 03/10/14

Assinatura do Declarante: Samuel Araújo Santos





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VENTURA  
Unidade Mista Justa Maria

## Prontuário de Emergência

Data: 20-07-14

Nome: Samuel Araújo Santos

Idade: 24 anos

Endereço: Alagoinha

Filiação: Raimundo Mare dos Santos

Maria das Graças de Brito Araújo Santos

SINAIS VITAIS:

PESO:

ALTURA:

TEMPERATURA:

PA: 120 x 80

FC:

HGT:

CLASSIFICAÇÃO:

Acidente automobilístico ☐

Agressão ☐

Acidente de Trabalho ☐

Outros ☐

Ambulatório ☐

Urgência ☐

QUEIXA PRINCIPAL

Acidente automobilístico, capotamento  
relaxe dor em braço (E) há 02 horas  
Nega vômito e dor torácica

ALERGIA

GGB, sup-aveo, corado, conser

OBSERVAÇÃO:

AR e PCV - m alt.

Glasgow 15 pupila 2mm

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Fratura ?

CONDIÇÃO

1) Vólfare - cle p. In 12/15

INSTITUTO SEGURADORA S/A  
09 OUT 2014  
RIO DE JANEIRO

EXAMES COMPLEMENTARES:

DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR



\*1004







## FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

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

### Fisioterapia

Nome do Paciente: Samuel Augusto da Silva

Idade: 1 Sexo: M Registro:

Diagnóstico: Lesão ligamentar do joelho

Tratamento: Fisioterapia

20 sessões

Data: 1/1/2020

COD. 443 - 45 BLS. 105x11 - JAN. 2011 - NILENO GRÁFICA E EDITORA LTDA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

## FUNDAÇÃO MANOEL DA SILVA ALMEIDA

Av. Pamamirim, 95 - Pamamirim - 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, Samuel Augusto da Silva

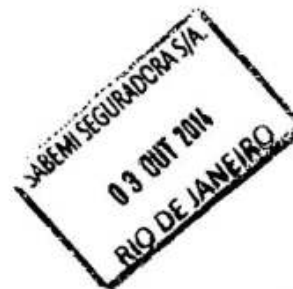
Cart. P. 08.08.14 Série  Compareceu ao  
nosso serviço no dia 08/08/14 das  horas, às

horas. 15 minutos. 08/08/14 dias.

Recife, 08/08/14 Dr. Silvano Macêdo  
Ortopedia CRM 9756

CARIMBO - CREMEPE

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





Ft. Larissa Laís Silva

CREFITO: 8593 LTF



O Sr. Samuel Araújo Santos, 25 anos, portador do CPF: 057.844.204-37, residente em Alagoinha - PE, vítima de acidente de trânsito em 20/07/2014, socorrido para a Unidade de Saúde mais próxima (Nº do prontuário: 20072014).

Na avaliação fisioterapêutica realizada em 30 de outubro de 2014, paciente queixa-se de dores, na inoperação foi observado diminuição do quadríceps direito, edema na articulação do joelho direito, crepitações durante a movimentação, marcas de incisões cirúrgicas na região. Na goniometria do joelho direito, 90° de flexão (valor normal = 140°) e 20° de extensão (valor normal = 0°). Na prova de função 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 transferências de ajoelhado para semi-ajoelhado, semi-ajoelhado para pé, de pé para semi-ajoelhado, apresenta marcha compensatória, diminuição a sensibilidade tátil na região lateral do joelho direito, dificuldades para subir escadas e realizar a descarga de peso sobre a perna direita, por estas circunstâncias o mesmo encontra-se afastado de suas funções no trabalho.



30, de outubro, de 2014

Dr. Larissa Laís Silva  
Fisioterapeuta  
CREFITO: 8593 LTF





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**Nome:** SAMUEL ARAUJO SANTOS

**Doc. Identidade / Org. Emissor / UF:** 7156986 GDS PE

**CPF:** 037.844.204-37 **Data de Nascimento:** 26/09/1985

**Fluêdo:** ZAKENHO JOSE DOS SANTOS  
MARIA DAS GRACAS DE REITO ARAUJO SANTOS

**Formação:** ☒ ACB ☒ CAC ☒ CAC ☒ CAC

**Nº Registro:** 09874521327 **Validade:** 19/09/2018 **Exatidão:** 09/09/2013

**OBSERVAÇÕES:**  
A

**Local:** VERGUEIRA - PE **Data de Emissão:** 19/09/2018

**Assinatura:** *Samuel Araujo Santos*

**Detran - PE (PERNAMBUCO)**

**966680230**



DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

\*1004037







## 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 médico pericial:** Vítima queixa-se de dor no joelho direito. Ao exame: marcha claudicante (+++/+4) e redução importante da flexo-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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

### PRESTADOR

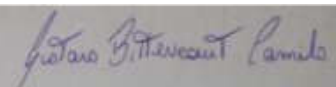
ACE Gestão de Saúde Ltda.

**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**

% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( **X** ) 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

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

