



Número: **0046508-69.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.606,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CLEITON BARRETO DA SILVA (AUTOR)		VIVIANE EVANGELISTA DE SOUZA ALVES (ADVOGADO)	
MAPFRE VERA CRUZ SEGURADORA S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69497074	14/10/2020 16:13	<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, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214687

Vítima: CLEITON BARRETO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLEITON BARRETO DA SILVA

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 14090000





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, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190214687

Vítima: CLEITON BARRETO DA SILVA

Data do Acidente: 23/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CLEITON BARRETO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: CLEITON BARRETO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001792-2

Conta: 000010025978-2

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: ☐ D&MS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: 141.678.924-30 Nome completo da vítima: Clerton Barreto da Silva

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

Nome completo: Clerton Barreto da Silva CPF: 141.678.924-30  
Profissão: Motorista Endereço: Sítio Campinhos Seca Número: 5N Complemento:  
Bairro: Centro Cidade: Acau Estado: PB CEP: 53350-000  
E-mail: antoniomaria.goiama@gmail.com Tel. (DDD) nº 14 3622-0111 (11) 3622-0111

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (Nº 19.9908-0277)

RENDA MENSAL:  
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
AGÊNCIA: 1792 02 CONTA: 25.978 00 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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei E-194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_  
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_  
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não  
Vivos: \_\_\_\_\_ Fallecidos: \_\_\_\_\_

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.

Local e Data: Pombado - PE 19.03.2019

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RÔDO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Clerton Barreto da Silva  
Assinatura do Representante Legal (se houver): Antonio Barreto da Silva  
Assinatura do Procurador (se houver): [Assinatura]

### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: 05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETOA  
DESEMPREGO LTDA  
2ª Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
21 MAR 2019  
Rua da Aurora, nº 175, 2º andar, C  
Assinatura - CEP 50060-010  
RECIFE-PE

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔDO na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

SPC.001 V001/2018





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 053ª CIRCUNSCRIÇÃO - CONDADO - DP53ªCIRC  
DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 18 E0143001206

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 12/11/2018 às 16:01

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposa (Consumado)** que aconteceu no dia 23/9/2018 às 11:00

Fato ocorrido no endereço: PE062 - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL. Próximo a: MUNICÍPIO DE CONDADO, 1 -  
Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO (AUTOR/AGENTE)  
CLEITON BARRETO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

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

CLEITON BARRETO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA OLÍMPIO FERREIRA DE SOUZA Paí:  
ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 14/5/2001 Nacionalidade: ALIANÇA / PERNAMBUCO / BRASIL  
Residência: RUA EDUARDO GOMES DE FREITAS - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL. Próximo a: MUNICÍPIO DE CONDADO,  
01 - CEP: 55009-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA VIEIRA BARRETO DA SILVA  
Paí: ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO Data de Nascimento: 29/7/1956 Nacionalidade: ALIANÇA / PERNAMBUCO /  
BRASIL. Documentos: 1738647/SSPIPE (RG), 1333509415 (CPF) Profissão: MOTORISTA  
Residência: RUA EDUARDO GOMES DE FREITAS - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL. Próximo a: MUNICÍPIO DE CONDADO,  
01 - CEP: 55009-000 - Bairro: CENTRO - CONDADO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO  
ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 135 Objeto apreendido: Não  
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KGZ0368 (PERNAMBUCO/ALIANÇA) Renavam: 185071078 Chassi: CG125BR1134453  
Ano Fabricação/Modelo: 1981/1981 Combustível: ALCOGOL

**Complemento / Observação**

A VÍTIMA INFORMA QUE NO DIA 23/09/2018 SOFREU UM ACIDENTE DE MOTO. ELE ESTAVA NA GARFUPA DO SEU PAI QUANDO FORAM FAZER UMA CURVA E A MOTO DERRAPOU. DA QUEDA O FILHO DO SENHOR ANTONIO DESMAIOU, O SAMU FOI ACIONADO E O JOVEM FOI CONDUZIDO DIRETAMENTE PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO. NO HR FOI DIAGNOSTICADA A FRATURA NA CLAVICULA, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRURGICO. ESSE B.O TEM COMO FINALIDADE, EMBASAR O SEGURO DPVAT.

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

CLEITON BARRETO DA SILVA X *Cleiton Barreto da Silva*

35.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21/11/2019

Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL. C  
55009-010 - CEP: 55009-010  
RECIFE-PE

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO  
(AUTOR AGENTE)

*Antonio Barreto da Silva Filho*

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

Boletim de Ocorrência

S.O. registrado por: HUMBERTO VICTOR ALBUQUERQUE DE VASCONCELOS Matrícula: 2856203



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	143.678.924-30	Cliton Barreto da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Cliton Barreto da Silva	143.678.924-30	
Profissão:	Endereço:	Número:
Neurologia	Sítio Campinar Seca	5N
Bairro:	Cidade:	Estado:
Centro	Acau	PB
E-mail:	CEP:	
antonio.yves.cordeiro@gmail.com	58350-000	
	Tel. (DDD) nº:	
	(81) 3636-3111	

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA). (Nº 19.908-2.121)

RENDA MENSAL:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1792 2	CONTA: 25978 0
(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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Sepando judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Local e Data: Pombal - PE 19.03.2019

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RÔGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

#### TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

05.802.494/0001-41

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

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

CPF: \_\_\_\_\_

RECIFE-PE

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190214687

**Cidade:** Condado

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** CLEITON BARRETO DA SILVA

**Data do acidente:** 23/09/2018

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

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

**Data da análise:** 26/03/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** (PÁG.6)CONFORME LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE, DR.ALISSON VINIRO ,CRM 12514,DATA 19/03/2019

### DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75





# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 29/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

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

CLIENTE: CLEITON BARRETO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01792-2

CONTA: 000010025978-2

---

---

Nr. da Autenticação 594499B0CC711236



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento para valor fixo  
Documento para o pagamento de 100%

Para pagar, envie este documento para o endereço de e-mail informado no boleto Nº 021.401.004



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 200, km 21 - Centro Sudeste - João Pessoa / PB - CEP 58071-000  
CNPJ 06.962.103/0001-40 - Insc. Est. 18.010.223-01

## NOME DO CLIENTE

ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO  
R. CAMARAS SECA S/N  
ACAU

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1328025-0

## REFERÊNCIA

MAR/2019

## APRESENTAÇÃO

18/03/2019

## CONSUMO

0

## VENCIMENTO

25/03/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 24,85

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

Rotaire: 10-285-755-4270

E3870000000-0 24850054000-5 13280252019-8 03200255019-5

## VENCIMENTO

25/03/2019

## TOTAL A PAGAR

R\$ 24,85

## MATRÍCULA

1328025-0019-00-0



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, 119-175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



# DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento para pagamento  
Documento para pagamento (segunda via do cliente)

Para obter o valor pago, consulte o site [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br) Nº 021.401.004



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
R. 200, km 21 - Centro Industrial - João Pessoa / PB - CEP 54071-000  
CNPJ 06.962.103/0001-40 - Ins. Est. 18.010.223-0

NOME DO CLIENTE			CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR		
ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO BT CAMARAS SECA SN ACAU			5/1328025-0		
REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	
MAR/2019	18/03/2019	0	25/03/2019	R\$ 24,85	

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)



ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO

Rotaire: 10-285-755-4270

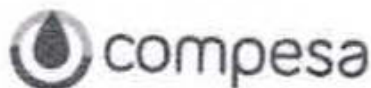
E3870000000-0 24850054000-5 13280252019-8 03200255019-5

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATÉRIA
25/03/2019	R\$ 24,85	1328025-00-0



05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
21 MAR 2019  
Rua da Aurora, 119-175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE





AVENIDA CRUZ CARNEIRO - NÚM. 1367 - SANTO ANSÁRIO RECIFE-PE  
CEP: 50040-500. Fone: (51) 3800 081 0195  
Inscrição Estadual: 19.1.001.0014398-2  
CNPJ: 07.769.038/0001-66  
Qualidade de Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 01039944-0 Matrícula: GOIÂNIA

### FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MELICIO DA COSTA LEITE NETO  
R DO CAXIAS, N. 00170 - CASA-2 - CENTRO GOIÂNIA PE 55900-000  
Inscrição: 052.430.749.0134.000

GRUPO: 13

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 01039944-0

LIGADO	POTENCIAL	DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	REAL /
A12F143848	07/12/2018	07/01/2019		
ÁGUA				
LEIT. ANT.: 341	CONSUMO: 8	ESGOTO	LEIT. ANT.: 0	VOLUME: 0
LEIT. ATUAL: 341		LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 341	NO FAPADO	LEIT. FAT.: 1		
HISTÓRICO DE CONSUMO				
REFERÊNCIA/CONSUMO				
11/2018 17	A			
10/2018 15	A			
09/2018 17	A			
08/2018 16	A			
07/2018 14	A			
06/2018 8	A			
MÉDIA 8/ 0	A			
PARÂMETROS	EXIG. VELA FORN. ME 2.914/11	NÚMERO DE ANÁLISES	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDIMENTO A LEGISLAÇÃO
TURBIDIDADE	45	45	44	
COR APARENTE	45	45	43	
CLORO RESIDUAL	45	45	43	
COLIFORMES TOTAIS	45	45	44	
S.C.O.I.	45	45	44	
OBSERVAÇÕES:	1) COLIFORMES TOTAIS AUSENTE EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. 2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. 3) OS PARÂMETROS COM E TURBIDIDADE SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DO EFETUO VITAL DA ÁGUA.			

### DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS	CONSUMO POR FAIXA	VALOR R\$
ÁGUA		
COMERCIAL 001 UNIDADE		
CONSUMO DE ÁGUA	8 M3	80,78
MULTA P/IMPUNTUALIDADE 10/2018		2,41
JUNTA DE MORA 03/2018 08/2018 07/2019		2,06

PIS	80,78	1,83	1,90
COTEX	80,78	1,60	4,43

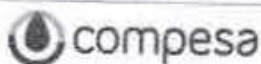
20/02/2019

TOTAL A PAGAR 66,22

3 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 123,77. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

CONDICIONADO por: INTERNET

EMISSÃO POR: 19/12/2018



ATENÇÃO: 0800-0810185  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Fátima - CEP: 50.050-010

Arpe Agência de Registro de Participações

0800-2813844

01039944-0

12/2018-5

20/02/2019

CÓDIGO DE BARRAS

TOTAL A PAGAR

66,22

VIA COMPESA

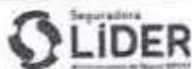
82880000000-6 66220018062-0 01039944001-9 12201850003-7



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA







## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo.

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capital e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCGRIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=2963E>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF\*.

\* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. \* CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 6.33/98.

Pelo exposto, eu Raul Guilherme Mangabeira de Carvalho  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Antonio Barreto da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o nº 193.336.094 / 15  
do sinistro de DPVAT cobertura Imobiliz da Vítima Cleiton Barreto da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o nº 141.678.924 / 30 conforme determinação da Circular Susep 445/12  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:  
☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas de lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>N</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>arandersonia.goiana@gmail.com</u>		CEP: <u>55900-000</u>
		Tel. (DDD): <u>81</u> / <u>3626-3771</u>

Local e Data: Goiana - PE 19.03.2019

Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

DLDR01-001/2017



### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio Barreto da Silva Filho,

RG nº 5.738.647, data de expedição 07/08/78,  
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 193.336.094-15, com  
domicílio na cidade de Alcázar, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
São Campinares Sica, nº 5N,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Cliton Barreto da Silva, cujo o condutor era  
Antonio Barreto da Silva Filho.

Veículo: motocicleta

Modelo: herida eq 125

Ano: 1981

Placa: KGZ 0308

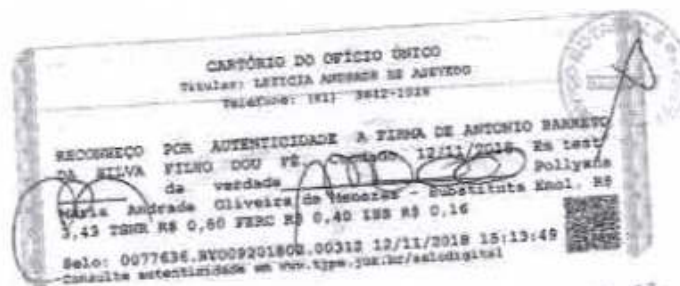
Chassi: EQ 125 BR 1134463

Data do Acidente: 23.09.2018

Local e Data: Cordado PE 12.11.2018.

Antonio Barreto da Silva Filho  
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



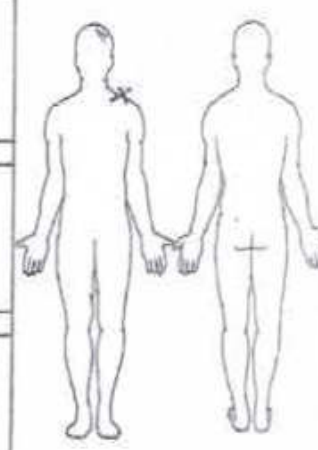


05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP 50.060-010  
RECIFE-PE



 <p><b>SAMU 192</b></p>	 <p><b>Aliança</b> União para uma cidade</p>	<p>Hora do chamado: <u>11:51</u></p> <p>Chegada ao local: <u>12:30</u></p> <p>Saída do hospital: _____</p> <p>Hora de conclusão: _____</p>
<b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>		
Data da Solicitação: <u>23.09.18</u> Distrito: _____		Número da Ocorrência: <u>S-330522</u>
Motivo da Solicitação: <u>Solicitação de moto/moto</u> <input type="checkbox"/> UTI <input checked="" type="checkbox"/> Básica <input type="checkbox"/> Helicóptero		
<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO	<input type="checkbox"/> EVENTOS <input type="checkbox"/> HANGAR <input type="checkbox"/> METROPOLITANO <input type="checkbox"/> ÓBITO
<input checked="" type="checkbox"/> Clínico <input checked="" type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Causas Externas	<input type="checkbox"/> OBSTÉTRICOS <input type="checkbox"/> PSIQUIÁTRICO <input type="checkbox"/> TROTES/CANCELADAS <input type="checkbox"/> REMOÇÃO - Senha _____
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>		
Paciente: <u>Glinton Bazzeto da Silva</u> Idade: <u>47</u> anos		
Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. Profissão: _____ Fone: _____		
End.: <u>PE-062</u> Bairro: _____		
Solicitante: <u>Alcyon</u> Fone: _____		
End. Ocor.: <u>Uendado</u> Bairro: _____		
Referência: <u>Prad: a sala substituição</u>		
<b>CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENCIA)</b>		
<b>Acid. Automóvel</b> <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro/Frente <input type="checkbox"/> Passageiro/Trás Uso do Cinto <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<b>Acid. Motocicleta</b> <input checked="" type="checkbox"/> Motociclista <input type="checkbox"/> Passageiro Uso do Capacete <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<b>Atropelamento</b> <input type="checkbox"/> Via Pública <input type="checkbox"/> Calçada <input type="checkbox"/> Outros
<b>Acid. Trânsito</b> <input type="checkbox"/> Camião ou Moto <input type="checkbox"/> Ônibus <input type="checkbox"/> Caminhão <input type="checkbox"/> Placa	<b>Acid. Ciclística</b> <input type="checkbox"/> Colisão <input type="checkbox"/> Queda <input type="checkbox"/> Outros	<b>Intoxicação</b> <input type="checkbox"/> An. Peçonhento <input type="checkbox"/> Exógeno <input type="checkbox"/> Outros Agente causador _____
<b>Asfixia</b> <input type="checkbox"/> Semi-afogamento <input type="checkbox"/> Sotimento <input type="checkbox"/> Engasgo <input type="checkbox"/> Outros	<b>Queda</b> <input type="checkbox"/> Própria altura <input type="checkbox"/> Outra altura Aproximadamente _____ metros	<b>Exposições</b> <input type="checkbox"/> Choque Elétrico <input type="checkbox"/> Fogo <input type="checkbox"/> ( ) 1ª ( ) 2ª ( ) 3ª <input type="checkbox"/> Fumaça <input type="checkbox"/> Subst. Química
<b>Agressões</b> <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Tipo _____ <input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Tipo _____		<input type="checkbox"/> Mecan. do Trauma <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Ejeção <input type="checkbox"/> Impacto frontal <input type="checkbox"/> Impacto lateral <input type="checkbox"/> Impacto traseiro
		
<b>CAUSAS CLÍNICAS</b>		
História Clínica atual: <u>paciente com fratura de clavícula E =</u> <u>TC E Sub.</u>		
Hipótese Diagnóstica Conhecida: _____		
<b>AValiação Clínica:</b>		
Temperatura _____ Vias aéreas _____ F.R. _____	Glicemia(HGT) _____ Pulso _____ Ictérico _____ Palidez _____ Cor da pele Normal _____	<input type="checkbox"/> Agitação Psicomotora <input type="checkbox"/> Desidratação <input type="checkbox"/> Lesões de Face <input type="checkbox"/> Ictérico <input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Cor da pele Normal
RN: 35-50 Ad: 16-20	RN: 120-160 Ad: 60-110	<input type="checkbox"/> Sudoreses <input type="checkbox"/> Batimento Asa Nariz <input type="checkbox"/> Cianose <input type="checkbox"/> Deformidade Tórax <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Dislalia falatório
<div style="text-align: right;"> <p>05-802-494/0001-41</p> <p>TRACÃO CORRETORA</p> <p>19 MAR 2019</p> <p>117, SI 902 BL. C</p> <p>CEP 50.060-010</p> <p>RECIFE-PE</p> <p>190X80</p> </div>		







SAMU  
192

### EXAME NEUROLÓGICO

#### Avaliação Primária

- ☒ Alerta  
☐ Resposta Verbal  
☐ Resp. estímulos Dolor  
☐ Irresponsivo

#### Sinais de Disf. Cerebral

- ☐ Déficit Motor  
☐ Desvio da Comissura Labial  
☐ Dificuldade de Fala

#### Avaliação das Pupilas

- ☒ Isocóricas  
☐ Anisocóricas  
☐ Midríase  
☐ Miose

#### NATUREZA DA LESÃO

- ☐ Lesões Intra-abdominais  
☐ Lesões Intra-torácicas  
☐ Presença/Sangue

#### Fratura - Ossos Longos

- ☐ Aberta ☐ Fechada

### ESCALA DE GLASGOW

#### Abertura Ocular

- Abertura Ocular Espontânea  
Abertura Ocular à Voz  
Abertura Ocular à Dor  
Sem Abertura Ocular

#### Resposta Verbal

- 5 Orientado  
4 Confuso  
3 Resposta Inapropriada  
2 Sons Ininteligíveis  
1 Sem resposta Verbal

#### Resposta Motora

- 5 Obedece Comando  
4 Localiza Estímulos Dolorosos  
3 Retirada ao Estímulo Doloroso  
2 Flexão Anormal (Decorticação)  
1 Extensão Anormal (Decerebração)  
Sem Resposta Motora

#### Total de Pontos

15

### CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

- ☐ Aspiração de Sangue e Secreção  
☐ Entubação Orotraqueal  
☐ Imobilização da Coluna Cervical  
☐ Infusão de Fluidos  
☐ Ressuscitação Cardiopulmonar  
☐ Imobilização de Membros

#### Ventilação Mecânica

Modalidade: \_\_\_\_\_  
Fluxo: \_\_\_\_\_

#### Adaptação Ventilação

- ☐ Bem ☐ Mal

#### Outras Condutas:

#### Intercorrências:

O<sub>2</sub>: ☐ Calêter ☐ CPAP ☐ Venturi \_\_\_\_\_ % ☐ Másc. d/ Reservatório

### USO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

- ☐ Alcool ☐ Anfetamina ☐ Cocaína ☐ Cola ☐ Crack ☐ Maconha ☐ \_\_\_\_\_

Informante: ☐ A própria Vítima ☐ Familiares ☐ Outros - Especificar: \_\_\_\_\_

- ☐ Alteração de Humor ☐ Agitado/Irritado ☐ Desorientado ☐ Inconsciente  
☐ Alteração na marcha ☐ Agressivo ☐ Hálito Alcoólico ☐ Sonolento

Referente a ingestão de bebida alcoólica há: \_\_\_\_\_

### CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde o paciente foi encaminhado: N.A.

Registro do hospital: \_\_\_\_\_

Médico que Recebeu: \_\_\_\_\_

- ☐ Morte Realizada na Unidade Hospitalar  
☐ Orientação para o Ambulatório  
☐ Óbito Antes do Atendimento  
☐ Óbito durante o Atendimento  
☐ Prancha Realizada  
☐ Removido Antes do Atendimento

Assinatura do Médico Responsável: \_\_\_\_\_

### EQUIPE

Médico Regulador: Dr. M. Barbosa

Médico Assistente: \_\_\_\_\_

Enfermeira: \_\_\_\_\_

Socorrista: \_\_\_\_\_

Condutor/Piloto: R. Silva

Op. de Frota/OEE: U. Silva

Função do responsável pelo preenchimento: Dr. M. Barbosa

Ass.: Dr. M. Barbosa

SOLICITOU APOIO DA UTI

☐ SIM

☒ NÃO

Observação: \_\_\_\_\_

### EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica

Ass.: \_\_\_\_\_

05.202.494/0001-41  
TRACAO CORRETO  
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 907-BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 3679327

Nome: Claiton Bezerra da Silva

Foi atendido às 13h46 hs. do dia 23/09/2018

Diagnóstico Provável:

Trombose Cerebral  
Embolia Cerebral  
Embolia Cerebral  
Embolia Cerebral  
Embolia Cerebral

CID-10: I63.9

Tratamento Realizado: Clonazepam  
Neurologia

Observação: Após 30 dias de Alta  
Afastamento da Prática

Cópia de: 30 dias.

Rita Mota  
Médica-Residente  
Neurologia  
CRM 19.281-PE  
02/10/18

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086

05.802.494/0001-41  
TRACÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE SAÚDE  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



### FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CLEITON BARRETO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1649324	ATENDIMENTO: 01030937
DATA DE NASCIMENTO: 14/05/2001	FOI ATENDIDO EM: 23/09/2018 ÀS 13:46	
	DATA DA ALTA: 25/09/2018 ÀS 14:42	

**Diagnóstico Provável:**

1) FRATURA DE CLAVICULA (CID: S42.0)

**Tratamento Realizado:**

OSTEOSSINTESE DE CLAVICULA ESQUERDA

**Observação:**

AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 30 (TRINTA) DIAS  
RETIRAR PONTOS APOS 10 DIAS  
CURATIVO DIARIO  
ANALGESIA PARA DOMICILIO

**Encaminhado para:**

AMBULATORIO DO HR COM DR. TIAGO JUSTUS APOS 3 SEMANAS

*Luan Antunes Martins Macedo*  
Unipós Saúde Pernambuco  
CRM 26469

LUAN ANTUNES MARTINS MACEDO - CRM: Nº.26469

Recife, 25, SETEMBRO, 2018

**ATENÇÃO:**

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresa, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040  
Fones (0XX)81 - 3161-5400



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1649324

Nome: Cliton Bezato da Silva

Foi atendido às 13h46 hs, do dia 23/09/2018

Diagnóstico Provável:

Trombose Cerebral  
Hemorragia Extradural Temporoparietal à esquerda  
Paralisação Extremidade Inferior à esquerda

CID-10: I60.9

Tratamento Realizado: Clínica por parte da  
Neurologia

Observação: At Ambulatório de Neuro  
cirurgia após 30 dias de Alta  
Ajustamento da Pneu para

Cópia de: 30 dias

Rita Mota  
Médica-Residência  
Neurologia  
CRM 19.281/PE

0211018

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0086

05.802.494/0001-41  
TRACÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO FUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 23/09/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23/09/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Cleiton Barreto da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura clavícula esquerda TCE com paralisia focal	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Osteossintese de fratura da clavícula Fisioterapia motora 15 sessões TCE - Tratamento conservador	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A 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 Do, déficit de força e ADM
2º no ombro esquerdo levando
3º a perda funcional de 25% no
4º ombro esquerdo
5º

AFIRMO QUE ASSISTIR/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 19/03/19 A 19/03/19 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Greiano PE 19/03/19.

LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA

21 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

Dr. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
CRM-PE 69497074  
339.07.12514







05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
21 MAR 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE  
Nº 014482719656  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VA 1 186071078  
COD RENAVAM 186071078  
EXERCÍCIO 2018

ANTONIO BARBOSA DA SILVA FILHO

ALIANÇA-DE

OFF/CMU 193 336 094-15  
PLACA RJ00308

PLACA ANT/UF RJ0368/PB  
EXERCÍCIO 2018

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

ANEXO 1901

05.802.494/0001-41  
TRAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
21 MAR 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Bea Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CUJOS SEUS CARTEIROS, A PERSONAS  
TRANSPORTADAS OU NAOC - SEGURO DPVAT

PE Nº 014482719656 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANTONIO BARBOSA DA SILVA FILHO 35850-000

CABA ALIANÇA-DE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br  
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 23/06/18

PLACA RJ00308

OF/CMU 193 336 094-15

RENAVAM 186071078

BRAND/MODELO 1901

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

OF/CMU 193 336 094-15

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.540.600/0001-04

RESERVAÇÃO A CONTRA O BILHETE DPVAT

RECEBUE E OS FORTES OBRIGATORIO



## PROCURAÇÃO PARTICULAR – *DPVAT*

Outorgante: Antonio Barreto da Silva Filho

RG/CNH/CTPS: 1.738.647

CPF: 193.336.094-15

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Solteiro

End: Sítio Campina Seca, SN, Acaú - PB

Outorgado: Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.

RG/CNH/CTPS: 8.317.118 SDS/PE CPF: 083.562.324-65

End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Golana-PE. CEP: 55900-000

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como

vítima: Eliton Barreto da Silva

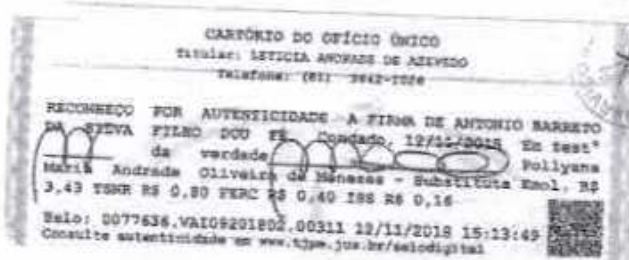
Acidente: 23.09.2018

Cobertura: Invalidez

Condado - PE 12 de Novembro de 2018.

Antonio Barreto da Silva Filho

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



05.802.494/0001-41  
THAÇÃO CORRETORA  
DE SEGUROS LTDA  
21 MAR 2019  
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C  
Boa Vista - CEP: 50.060-010  
RECIFE-PE



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096094/19

**Vítima:** CLEITON BARRETO DA SILVA

**CPF:** 141.678.924-30

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 23/09/2018

**Titular do CPF:** CLEITON BARRETO DA SILVA

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

#### LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

#### ANTONIO BARRETO DA SILVA FILHO : 193.336.094-15

Comprovante de residência  
Documentos de identificação

#### CLEITON BARRETO DA SILVA : 141.678.924-30

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/03/2019  
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO  
CPF: 083.562.324-65

---

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

---

Steffany Caroliny Lins Veloso

