
Rio de Janeiro, 01 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200195999

Vítima: GUTEMBERG VIEIRA MATIS

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GUTEMBERG VIEIRA MATIS

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

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200195999

Vítima: GUTEMBERG VIEIRA MATIS

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GUTEMBERG VIEIRA MATIS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200195999

Vítima: GUTEMBERG VIEIRA MATIS

Data do Acidente: 28/02/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GUTEMBERG VIEIRA MATIS

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: GUTEMBERG VIEIRA MATIS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000046

Conta: 0000087639-1

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 05500679490 4 - Nome completo da vítima: Gutemberg Vieira Matos

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

5 - Nome completo: Gutemberg Vieira Matos 6 - CPF: 05500679490
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Coronel Leal Schmidt 9 - Número: 459 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Varadouro 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53020-330
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (81) 984527574

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 87639
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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 (no 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 (vai nascer)? ☐ 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 omissa, 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

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 21/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 025ª CIRCUNSCRIÇÃO - PEIXINHOS - DP25ªCIRC
DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0115001122

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/05/2020** às **11:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **28/2/2020** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA ANTONIO DA COSTA AZEVEDO, 1** - Bairro: **PEIXINHOS - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **53290-080**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
GUTEMBERG VIEIRA MATIS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GUTEMBERG VIEIRA MATIS

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

GUTEMBERG VIEIRA MATIS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSENILDA MARIA PIMENTEL VIEIRA** Pai: **LINDEMBERG DA SILVA MATIS** Data de Nascimento: **15/11/1985** Naturalidade: **OLINDA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6297589/SDS/PE (RG), 05500679490 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 984527574**

Endereço Residencial: **RUA CARMEM LEAL SCHMALZ, 439, TRAVESSA - CEP: 55000-000 - Bairro: VARADOURO - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **GUTEMBERG VIEIRA MATIS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGD5192 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/NÃO INFORMADO**
Descrição: **PROPRIEDADE DE EDER JOSE DA SILVA**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE SEGUIA PELA LOCALIDADE CITADA PILOTANDO A REFERIDA MOTOCICLETA

QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRA MOTO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS VINDO A CAIR NO CHÃO E SER SOCORRIDO PARA A UPA DE OLINDA E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES ONDE PASSOU POR TRATAMENTO CIRURGICO DOS OSSOS DA PERNA CONFORME PRONTUARIO Nº 134706.

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

GUTENBERG VIEIRA MATIS
GUTENBERG VIEIRA MATIS
(VITIMA)


B.O. registrado por: **TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO** - Matrícula: **220.926-8**
(Liberado em **13/05/2020** às **11:41**)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 05500679490 4 - Nome completo da vítima: Gutemberg Vieira Matis

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

5 - Nome completo: Gutemberg Vieira Matis 6 - CPF: 05500679490
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: Rua Coronel Leal Schmidt 9 - Número: 959 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Varadouro 12 - Cidade: Olinda 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53020-330
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (81) 984527574

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 87639
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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 (no 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 (vai nascer)? ☐ 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 omissa, 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

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 21/05/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 18/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GUTEMBERG VIEIRA MATIS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00046

CONTA: 000000087639-1

Nr. da Autenticação CFA9DE5DE4B8C579

DADOS DO CLIENTE

JOSAFÁ RICARDO PEREIRA DA SILVA

CSF 422 219 024-34

classificação

B1 RESIDENTIAL
RESIDENTIAL
RESIDENTIAL

ENDERECO DA UNIDADE CONSULIDORA

TV CARMEN LEAL SCHWAB 2436

VARAD GUPTA
CLINICAL
550.26-130

IP Address	Device	Location
192.168.1.1	Router	Office

ADMINISTRACIÓN	PROCESO	PROCESO
ADMINISTRACIÓN	PROCESO	PROCESO

2238827011	02/2020
14/02/2020	09/03/2020
316,03	

GOVERNOR SA MOTA PINCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Contorno Ab-a(Wh)-TUBO	375.0000000	0.43167891	161.87719
Contorno Ab-a(Wh)-TE	375.0000000	0.36484851	136.81619
Acréscimo Bandeira AMARELA			5.33
Contorno Item Publica Municipal			17.48
3º MO Substituição CDE Nº 016/2010 13/12/10			2.14

TOTAL DA FATURAS

518.62

CONSERVATIVO DE CILINDRO INTERA ROTA F8041

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
22244444	CA1	15/01/2024	2.638,00	30/01/2024	4.307,00	30	1.669,00		375,03

[illegible]

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS

Registrazione del presente comunicato è obbligatoria ai sensi dell'art. 10 della Legge n. 29 del 28.2.1997 (Decreto Legislativo n. 237 del 1997) e dell'art. 10 del D.Lgs. n. 230 del 1997 (Decreto Legislativo n. 230 del 1997).

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

ISSN 0013-792X, CREEP OF POLYMER COMPOSITES, CALIFORNIA STATE

Variable	Observed	Mean	StdDev	Skewness	Kurtosis
1981-1982	1700000	270.36	171.519	1.17179	2.6630
1982-1983	112119	266.40	165.619	1.10119	274.12

The weekly film series will feature movies from the 1960s, 70s, 80s, 90s, and 2000s. The series will also include a variety of genres, including action, comedy, drama, and science fiction.

Este curso tem como objetivo proporcionar aos alunos conhecimentos básicos sobre o funcionamento do sistema de controle de qualidade, a importância da qualidade para a competitividade das empresas e a importância da qualidade para a sociedade. O curso é dividido em três módulos: 1. Fundamentos da Qualidade, 2. Ferramentas da Qualidade e 3. Gestão da Qualidade. O curso é destinado a todos os alunos do curso de Engenharia de Produção e é obrigatório para a obtenção do diploma.

Intervenção de Fomento Social - 1970 - 1971 - 1972					TOTAL DO PERÍODO		
COMUNIDADE SANTO AGUDO	VALOR RECEBIDO	LIMITE ANUAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TÍTULOS RECEBIDOS (R)	LIMITE DE INTERVENÇÃO (R)	
						ANUAL	TRIMESTRAL
ENC	0,00	4,21	0,00	19,24	220	220	220
ENC	0,00	3,37	0,00	13,70			
ENC	0,00	0,00	0,00	0,00			

CONTINUED

Chang

DATA FILE LOCATIONS:
V11A1720-20

TOTAL A. PALMER 87%

318.03

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1217322893

NOME
TIPO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR / UF
6155533 SSP PE

CPF
692.655.184-72

DATA NASCIMENTO
15/01/1971

PLACAO
AMAURY DE LIMA PIRES
LEA ALMEIDA PIRES

PERMISSÃO
ACC
CAT HAB
A.D.

Nº REGISTRO
01102847359

VIGÊNCIA
30/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
13/02/1989

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
30/11/2015

ASSINATURA DO EMISSOR

12225414115
PE068266057

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1217322893

Unimed 
Recife

ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica
Drª. Maria de Lourdes C. de Araújo
CREMEPE: 3367

FAC

9912368183/2015-DR/PE
UNIMED RECIFE

 Correios



CDD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CID/PE)

RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004
R PRUDENTE DE MORAES 409 - LADO IMPAR
HIPODROMO
RECIFE - PE
52041-725



32 14536021 05871 00000002570 10 050220

VENCIMENTO
25/02/2020

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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)
Capitais 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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu

Tito Flavio de Almeida Pires Felcas

inscrito (a) no CPF/CNPJ 692655184 / 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gutemberg Vieira Matin inscrito (a) no CPF sob o Nº 055006794 / 90

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Gutemberg Vieira Matin

inscrito (a) no CPF sob o Nº 055006794 / 90, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Prudente de Moraes</u>	Número: <u>409</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Hipódromo</u>	Cidade: <u>Recife</u>	CEP: <u>52041-730</u>
E-mail: _____	Estado: <u>PE</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 999268546</u>

Local e Data:

Recife, 21/05/2020

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: GUTEMBERG VIEIRA MATIS

DATA NASC.:

15/11/1985

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG:134706

IDADE:34 SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:28/02/2020

DATA DA ALTA: 011/3/2020

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DIAFISARIA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 28/02/2020 LIMPEZA CIRURGICA + DESBRIDAMENTO CIRURGICO + FIXADOR EXTERNO LINEAR
- 10/03/2020 RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR + RFFI COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA DE TIBIA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVO CONFORME ORIENTADO;
- MOVIMENTAR JOELHO E TORNOZELO;
- DEAMBULAR COM USO DE MULETAS COM MEMBRO OPERADO;
- **CARGA PARCIAL NO MEMBRO OPERADO ATÉ LIBERAÇÃO MÉDICA (8 SEMANAS)**;
- FAZER USO DE MEDICAÇÃO PRESCRITA EM RECEITUÁRIO MÉDICO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- **RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.**

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL :

FERIDA OPERATÓRIA:

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

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x)

NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Ian Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 20220/2014-PE: 9324

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

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

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5893503

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Eufemio Vieira / Neto Idade: 34

Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Olinda

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

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

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Colisão moto x moto

Hipótese Diagnóstica: Fratura exposta de ossos da perna (E)

AVALIAÇÃO CLÍNICA

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

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

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

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/02/2020 11:19



Nome Paciente: GUTEMBERG VIEIRA MATIS
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 15/11/1985
Sexo: Masculino
Idade: 34
Senha: 0019
Convênio:
Atendimento:
SAME:

diário

Ortopedia

: 28/02/2020 11:42 - 28/02/2020 11:47

FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

COLISÃO MOTOXMOTO EM PEIXINHOS (NA AVENIDA COSTA AZEVEDO) . HD: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA .

Observação:

PROCEDENTE DA UPA DE OLINDA COM SENHA: 5893503. NEGA HAS, DM E ALERGIA MEDICAMENTO. TRAZIDO PELO SAMU DE OLINDA .

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR INTENSA (8-10/10)
- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 9
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 70.00 BPM
- GLICOSE: 104.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 114.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 68.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 97.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.40 °C

RECEBADO
HEM-HMA

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Não

Fernanda Nascimento
COREN-PE 273.647-ENF

pele íntegra

Acolhido(a) por: FERNANDA SOUZA DA CAMARA NASCIMENTO - COREN: 273647 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/02/2020 11:47



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 519061

Senha da Classificação:

0019

Data e Hora: 28/02/2020 11:53

Paciente: 134706 GUTEMBERG VIEIRA MATIS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 15/11/1985 Idade: 34 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: JOSENILDA MARIA PIMENTEL VIEIRA Nome do Pai: LINDEMBERG DA SILVA MATIS

Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346

Endereço: RUA CARMEM LEAL SCHMAL -- 439 Bairro: VARADOURO

Cidade/UF: OLINDA PE Usuário Atendimento: JOSAFAXA

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____

Hora: 12:15

Queixa Principal

Paciente encaminhado da UPA de Olinda, com relato de colisão motor x moto há 4h, cursando com deformidade e ferimento punctiforme em perna E. Miga TCE, comorbidades ou alergias.

Exame Físico

EGG, LATE, inspeção e palpato. Ferimento punctiforme no terço médio proximal de perna E, com deformidade no local, doloroso à mobilização. SMC preservada. Rx: Ex diagnóstica de ossos da perna E.

Hipótese Diagnóstica

Ex. exposta diafragma de ossos da perna E

Prescrição Médica

1) Solução RX
2) Dieta zero.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **GUTEMBERG VIEIRA MATIS** Prontuário: 134706
Idade: 34a 3m 13d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 15/11/1985
Profissão: Escolaridade:
R.G.: 6297589 C.P.F.: 05500679490 Telefone: CEP 53020330
Endereço: RUA CARMEM LEAL SCHMALZ, 439 - VARADOURO - OLINDA - PE
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 28/02/2020 15:16
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - LEITO 002
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA **502-2**

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 12/03/2020 Hora da Alta: 12:00
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: Boas

Diagnóstico Principal.....: FX OLA-FIST OSSOS DO PEAN

Diagnóstico Secundário01.: _____

Diagnóstico Secundário02.: _____

Procedimento.....: 2802 RFFE com tábua
10103 Hm de TIBIA

Dr. Ian Lacerda
Ortopedista Traumatologia
CRM-PE: 22590/CRM-PB: 9024

Médico e CRM:

Gutemberg
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em _____ de _____ de _____

Gutemberg
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 28/02/2020

Hora.....: 22:39

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63197

Paciente : 134706

Sala : 0003 SALA 03

GUTEMBERG VIEIRA MATIS

Atendimento : 519114

Carteira :

Idade : 34 Anos

Convênio Atend. : 1

Leito : 229

Dt. Início : 28/02/2020 21:15

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 002

Dt. Fim : 28/02/2020 22:15

Cid Pré-Operatório : S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Cid Pós-Operatório : S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO

16863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

CIRURGIAO

17460 JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO

Dr. J. J. Silveira Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 17460 SBO: 13266**Descrição****Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNA ESQ
CIRURGIA: LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRID + FIXADOR EXTERNO LINEAR
CIRURGIÃO: JARBAS SILVEIRA
1º AUXÍLIO: ROSE INSTRUM
ANESTESISTA: MARIA DO CARMO
ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSE DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MÉDIO DA PERNA ESQ, DESBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS
5. LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO (6.000ML);
ABORDAGEM E LIMPEZA DO FOCO FRATURA + REMOÇÃO COAGULOS + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR TIBIA ESQ (4 PÍNS SCHANZ + 8 CONECTORES + 2 BARRAS)
SUTURA COM NYLON 2.0;
6. DESBRID + SUTURA DE FERIMENTO HALUX ESQ
10. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**Dr. J. J. Silveira Filho
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 17460 SBO: 13266DR(A) : JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO
CRM : 17460

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 10/03/2020

Hora.....: 11:05

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63405

Sala : 0003

SALA 03

Paciente : 134706

GUTEMBERG VIEIRA MATIS

Atendimento : 519114

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 198

ORTO-502-LEITO 002

Idade : 34 Anos

Dt. Início : 10/03/2020 08:30

Dt. Fim : 10/03/2020 11:00

Cid Pré-Operatório : S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Cid Pós-Operatório : S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0408050861

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÔS DA DIÁFISE TIBIAL (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe Médica

CIRURGIAO

18099 FILIPE MACIEL BELFORT CAMPOS

ANESTESISTA

22513 PEDRO FILIPE DA LUZ SIQUEIRA DE O MELLO

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA ESQUERDA

CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR +RFFI COM HASTE INTRAMEDULAR BLOQUEADA

CIRURGIÃO: DR FILIPE BELFORT

1º AUXÍLIO: DR FILIPE GUEDES

ANESTESISTA: DR PEDRO

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE; RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO LINEAR
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
4. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO ESQUERDO;
5. DISSECÇÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
6. ABERTO CANAL MEDULAR DA TÍBIA;
PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TÍBIA;
7. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESAS Nº 8, 9, 10 E 11;
9. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 11 X 370;
10. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS;
11. LIMPEZA COM SF 0,9%, COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPÃO;
12. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
13. CURATIVO;
14. CONTROLE COM RX;

Ortese e Prótese:HASTE DE TÍBIA INTRAMEDULAR BLOQUEADA 11X370
4 PARAFUSOS CORTICAIS**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

Dr. Filipe Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 22.669

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
GUTENBERG VIEIRA MATIS

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
6297589 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
055.006.794-90 15/11/1985

FILIAÇÃO
**LINDEMBERG DA SILVA MA
TIS
JOSENILDA MARIA PIMENT
EL VIEIRA**

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
04530390360

VALIDADE
26/11/2023

1ª HABILITAÇÃO
18/12/2008

OBSERVAÇÕES
EAR

Gutemberg Vieira Matis

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA, PE

DATA EMISSÃO
27/11/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

40041610496
PR089349784

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1754173200

PROIBIDO PLASTIFICAR
1754173200

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200195999 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUTEMBERG VIEIRA MATIS **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO / HASTE INTRAMEDULAR P.1,6,7)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0152305/20

Vítima: GUTEMBERG VIEIRA MATIS

CPF: 055.006.794-90

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 28/02/2020

Titular do CPF: GUTEMBERG VIEIRA MATIS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

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

GUTEMBERG VIEIRA MATIS : 055.006.794-90

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/05/2020
Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO
CPF: 692.655.184-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200195999 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GUTEMBERG VIEIRA MATIS **Data do acidente:** 28/02/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/06/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIXADOR EXTERNO / HASTE INTRAMEDULAR P.1,6,7)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Gutemberg Vieira Matis,
brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 6297589 SOS,
CPF/MF sob nº 055.006.794-90, residente e domiciliado à rua
Tereza Carlos Leon Schmalz, nº 439,
Bairro: Venâncio, Cidade: Olinda,
Estado: PE, CEP: 53020-330, Telefone: 984527574

OUTORGADO(S): SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco e/ou TITO FLÁVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO, brasileiro, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 692.655.184-72, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



OLINDA, 17 de março de 2020.

Gutemberg Vieira Matis

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

