



Número: **0027392-77.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 16ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
GUTEMBERG VIEIRA MATIS (AUTOR)	Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)	ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO)

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70936 191	12/11/2020 14:41	<u>ANEXO 1</u>	Documento de Comprovação



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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 EL AVIO DE ALMEIDA PIRÉS FAIÇAO

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

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

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

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

Estamos aqui para Você

Carta n° 15821745



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/11/2020 14:41:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111214410639500000069549562>
Número do documento: 20111214410639500000069549562

Num. 70036191 Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200195999 Vítima: GUTEMBERG VIEIRA MATIS

Data do Acidente: 28/02/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TITO EL AVIO DE AI MEIDA PIBES FAI CAO

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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.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, 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 im

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%

% Invalidz Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%
Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = B\$ 2.362,50



Recebedor: **GUTEMBERG VIEIRA MATIS**

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000046

Conta: 0000087639-1

Tipo: **CONTA POUPANCA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente

Seguradora Líder-DRVAT

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: 055006774 90 4 - Nome completo da vítima: Gutemberg Vieira Matias

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

5 - Nome completo:	Gutemberg Vieira Matias		6 - CPF:	055006774 90
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Trevo Coronel Leal Schmidt	9 - Número:	459
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Ulmata	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:	14 - CEP: 53020 330 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____ AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou residuo (vara/crem): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

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)

40 - Local e Data, _____

Ribeirão Preto

21/05/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS





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 - Culposo (Consumado) 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 PÚBLICA**

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

13/05/2020 11:40



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

Gutemberg Vieira Matis
GUTEMBERG 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**)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/11/2020 14:41:06
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111214410639500000069549562>
Número do documento: 20111214410639500000069549562

13/05/2020 11:40

Num. 70936191 - Pág. 6



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: 055006774 90 4 - Nome completo da vítima: Gutemberg Vieira Matias

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 Matias		6 - CPF:	055006774 90
7 - Profissão:	8 - Endereço:	Troc. Coronel Leal Schmidt	9 - Número:	459
11 - Bairro:	12 - Cidade:	Ulmata	13 - Estado:	PE
15 - E-mail:	14 - CEP: 53020 330 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: _____		
AGÊNCIA: (Inserir o dígito se existir) CONTA: (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)		

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou residuo (vara/crem): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

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)

40 - Local e Data, _____

Ribeirão Preto

21/05/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

1 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/11/2020 14:41:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111214410639500000069549562>
Número do documento: 20111214410639500000069549562

Num. 70936191 - Pág. 8



ANS - nº 34.488-5

Directora Técnica Médica
Dr^a. Maria de Lourdes C. de Araújo
CREAMERF, 2567



VENCIMENTO
25/02/2020

三

CDD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA - (CIO/PE)
RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004
R PRUDENTE DE MORAES 409 - LADO IMPAR
HIPODROMO
RECIFE - PE
50041-725

VENCIMENTO
25/02/2020



32 14536021 05871 00000002570 10 050220



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/11/2020 14:41:06
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2011121441063950000069549562>
Número do documento: 2011121441063950000069549562

Núm. 70936191 - Pág. 10



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

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 RESEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APPLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Tito Flávio de Almeida Pires Felcas

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

Gutemberg Vieira Matos inscrito (a) no CPF sob o N° 055006794,90,

do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Gutemberg Vieira Matos,

inscrito (a) no CPF sob o N° 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>909</u>	Complemento:	<u>-</u>
Bairro:	<u>Hipódromo</u>	Cidade:	<u>Ribeirão Preto</u>	Estado:	<u>SP</u>
E-mail:				CEP:	<u>52041 730</u>

Local e Data:

Ribeirão Preto, 21/05/2020

LAF/cob

Assinatura do Declarante





MIGUEL ARRAES

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueira

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 CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO + 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 PURULENTA, 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 DEFÍCIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM() NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: _____

Dr. Jao Lacerda
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedista - Membro da SBOT
CRM-PE 213000495324

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 () SENHA SB93503
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Eugenio Viana Pinto Idade: 34

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Olinda

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

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: Choque moto x moto

Hipótese Diagnóstica: Fratura exposta L 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 () Arrítmico () 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

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE JMIP

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:

: 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

REVISADO
NEP/2020

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão da Perna
Sí /) Não X
Fernanda Souza da Camara Nascimento
COREN-PE/273647-ENF

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/11/2020 14:41:06
https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111214410639500000069549562
Número do documento: 20111214410639500000069549562

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

Data Impressão: 28/02/2020 11:47

Resumo de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Num. 70936191 - Pág. 14

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

Iniciante encaminhado da UPA de Olinda, com relato de colisão moto x moto há 4h, causando com deformidade e ferimento punctiforme em cana L. Miga TCE, comorbidades ou alergias.

Exame Físico

EEG: LOTE, espiráculo e abdôm. Ferimento punctiforme em torno na/da maximal de perna E, com deformidade no local, doloroso à mobilização, sem NC preservado Rx: Rx diafrásica de ossos da perna ()

Hipótese Diagnóstico

Fx exposta diafrásica de ossos da perna E

Prescrição Médica

() Sobeato RX

() Ditta zero.

DATA: 28/02/2020
HORA: 12:15
PACIENTE: GUTEMBERG VIEIRA MATIS
CRM: 12346
CLÍNICA: IMIP

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: 519114

Usuário: LUISKNS

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
<u>Dados da Internação</u>			
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:	Numero:	
Teléfone:	Cidade:	Estado civil :

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/02/2020	Hora da Alta: 12:55
Motivo: <input checked="" type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> A Pedido <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Evasão	
Condições de Alta: Boas	
Diagnóstico Principal.....: Fractura físe ossos do plane	
Diagnóstico Secundário01.:	REVISADO
Diagnóstico Secundário02.:	CCIH-HMA
Procedimento.....: 28/02/2020 - RX com TIRANAR	Dr. Ian Lacerda Ortopedista Traumatologista CRM-PE: 22590/CNI-PI: 8624
Responsável pela retirada do paciente	Médico e CRM:
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, anestesias, 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 _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63197
Paciente : 134706
Convênio Atend.: 1
Leito : 229
Dt. Início : 28/02/2020 21:15
Cid Pré-Operatório : S822
Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0003 SALA 03
GUTEMBERG VIEIRA MATIS
SUS - INTERNACAO
VERMELHO - LEITO 002
Dt. Fim : 28/02/2020 22:15
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 519114
Carteira :
Idade : 34 Anos

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. Jarbas Silveira Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE: 17460 SBO: 13286

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 ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MÉDIO DA PERNAS ESQ, DESBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS;
5. LAVAGEM COM SORO FISIOLÓGICO (6.000ML);
ABORDAGEM E LIMPEZA DO FOCO FRATURA + REMOÇÃO COAGULOS + DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
A POSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR TIBIA ESQ (4 PÍNOS SCHANZ + 8 CONECTORES + 2 BARRAS)
6. SUTURA COM NYLON 2.0;
7. DESBRID + SUTURA DE FERIMENTO HALUX ESQ
10. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Jarbas Silveira Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE: 17460 SBO: 13286

DR(A) : JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO
CRM : 17460

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 63405
Paciente : 134706
Convênio Atend.: 1
Leito : 198
Dt. Início : 10/03/2020 08:30
Dt. Fim : 10/03/2020 11:00
Cid Pré-Operatório : S822
Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0003 SALA 03
GUTEMBERG VIEIRA MATIS
SUS - INTERNACAO
ORTO-502-LEITO 002
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 519114
Carteira :
Idade : 34 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050861 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDAÇÃO / PERDA ÓS
DA DIAFISE 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. DISSECÇAO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
6. ABERTO CANAL MEDULAR DA TÍbia;
PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TÍbia;
7. FRESGAMENTE DO CANAL MEDULAR COM FRESES Nº 8, 9, 10 E 11;
8. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 11 X 370;
9. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICais E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICais;
10. LIMPEZA COM SF 0,9%, COLOCAÇÃO DE PARAFUSO TAMPAo;
11. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
12. CURATIVO;
13. CONTROLE COM RX;

Ortese e Prótese:

HASTE DE TÍbia INTRAMEDULAR BLOQUEADA 11X370
4 PARAFUSOS CORTICais

Dr. Filipe Guedes
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 29.569

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



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

P
E

NOME

GUTEMBERG VIEIRA MATIS



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

CPF
055.006.794-90
DATA NASCIMENTO
15/11/1985

FILIAÇÃO

LINDEMERIC DA SILVA MATIS
JOSENILDA MARIA PIMENTEL VIKIRA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB

AB

Nº REGISTRO

04530390360

VALIDADE

26/11/2023

1ª HABILITAÇÃO

18/12/2008

OBSERVAÇÕES

ZAR

Gutemberg Vieira Matis

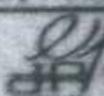
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

OLINDA, PE

DATA EMISSÃO

27/11/2018



Charles Andrews Souza Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO ENERGON

40041610496
PE089349784

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1754173200

PROJETO 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/02/2020

Titular do CPF: GUTEMBERG VIEIRA
MATIS

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 12/11/2020 14:41:06
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111214410639500000069549562>
Número do documento: 20111214410639500000069549562

Num. 70936191 - Pág. 21

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



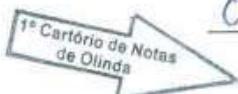
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Gutemberg Vieira Matis, brasileiro(a), estado civil sóteiro, CI/ RG nº 6297589 508, CPF/MF sob nº 055.006.794-90, residente e domiciliado à rua Tereza Coronel Schmalz, nº 439, Bairro: Voradouro, Cidade: Olinda, Estado: PB, 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 Morais, 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 Morais, 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

