



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 | |
|--|--------------------|--|--------------------------|
| GUTENBERG 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 | ANEXO 1 | 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 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

Carta nº 15821745

Pag. 01981/01982 - carta_01 - INVALIDEZ





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 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

Pag. 00325/00326 - carta_25 - INVALIDEZ

00010163





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, 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: Trav. Coronel Leal Schmidt 9 - Número: 459 10 - Complemento: -
11 - Bairro: Varadouro 12 - Cidade: Ubatuba 13 - Estado: SP 14 - CEP: 13020-330
15 - E-mail: - 16 - Tel. (DDD): (011) 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 87639 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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: ☐ 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 descendente (filho/neto)? ☐ 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 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.

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)

1 V002/2019



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 (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 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

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 N° 134706.

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

Gutemberg Vieira Matis
GUTENBERG VIEIRA MATIS
(VITIMA)

Tito Flavio de Almeida Pires Falcao
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 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: Trav. 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 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 87639 AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (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 descendente (filho/neto)? ☐ 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 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.

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)

1 V002/2019



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 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





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50860-902
CPF 10.835.832/0001-08 | Ins. Est. 2605943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSAF A RICHARDO PEREIRA DA SILVA

CPF 421 719 004-34

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONTA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV CARMEN LEAL SCHMALZ 439

VARADOURA OLIVEIRA
OLIVEIRA PE
53020-330

| PROPOSTA FISCAL | DATA | STATUS |
|-----------------|--------------------|--------------------|
| 095821341 | UNICA | 07/02/2020 |
| IDENTIFICADOR | NUMERO DE CONTADOR | NUMERO DE CONTADOR |
| 010037070 | 2001076102 | 2117053 |

| NUMERO DE CONTADOR | DATA |
|---------------------|------------------|
| 2238827011 | 02/2020 |
| DATA DE VALIDADE | DATA DE VALIDADE |
| 14/02/2020 | 09/03/2020 |
| VALOR A PAGAR (R\$) | |
| 316,03 | |

SUBSCRIÇÃO NA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Consumo Abon. (Wh) TUSD | 375.000000 | 0.42167891 | 158.12 |
| Consumo Abon. (Wh) TE | 375.000000 | 0.35484951 | 133.98 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 5.32 |
| Contrib. Ilum. Pública Municipal | | | 17.48 |
| OTM Subscrição CDE (R\$) DISEGREGADO 1311319 | | | 7.14 |

TOTAL DA FATURA

316,03

| DEMONSTRATIVO DE EVOLUÇÃO DA NOTA FISCAL | | | | | | | | | |
|--|---------------|---------------|------------------|------------|---------------|------------|-----------|---------|---------------|
| Nº DE MEDIDOR | TPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | ANTERIOR LECTURA | ATUAL DATA | ATUAL LECTURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | ADJUNTO | CONSUMO (KWh) |
| 010037070 | CAT | 15/01/2020 | 2.678,00 | 07/02/2020 | 4.307,00 | 21 | 1.629,00 | | 375,00 |

| DEMONSTRATIVO DE EVOLUÇÃO DA NOTA FISCAL | | DEMONSTRATIVO DE EVOLUÇÃO DA NOTA FISCAL | | DEMONSTRATIVO DE EVOLUÇÃO DA NOTA FISCAL | |
|--|---------------|--|---------------|--|---------------|
| PERÍODO | CONSUMO (KWh) | PERÍODO | CONSUMO (KWh) | PERÍODO | CONSUMO (KWh) |
| 01/01/2020 | 375,00 | 01/01/2020 | 375,00 | 01/01/2020 | 375,00 |
| 02/01/2020 | 375,00 | 02/01/2020 | 375,00 | 02/01/2020 | 375,00 |
| 03/01/2020 | 375,00 | 03/01/2020 | 375,00 | 03/01/2020 | 375,00 |
| 04/01/2020 | 375,00 | 04/01/2020 | 375,00 | 04/01/2020 | 375,00 |
| 05/01/2020 | 375,00 | 05/01/2020 | 375,00 | 05/01/2020 | 375,00 |
| 06/01/2020 | 375,00 | 06/01/2020 | 375,00 | 06/01/2020 | 375,00 |
| 07/01/2020 | 375,00 | 07/01/2020 | 375,00 | 07/01/2020 | 375,00 |
| 08/01/2020 | 375,00 | 08/01/2020 | 375,00 | 08/01/2020 | 375,00 |
| 09/01/2020 | 375,00 | 09/01/2020 | 375,00 | 09/01/2020 | 375,00 |
| 10/01/2020 | 375,00 | 10/01/2020 | 375,00 | 10/01/2020 | 375,00 |
| 11/01/2020 | 375,00 | 11/01/2020 | 375,00 | 11/01/2020 | 375,00 |
| 12/01/2020 | 375,00 | 12/01/2020 | 375,00 | 12/01/2020 | 375,00 |
| 01/02/2020 | 375,00 | 01/02/2020 | 375,00 | 01/02/2020 | 375,00 |
| 02/02/2020 | 375,00 | 02/02/2020 | 375,00 | 02/02/2020 | 375,00 |
| 03/02/2020 | 375,00 | 03/02/2020 | 375,00 | 03/02/2020 | 375,00 |
| 04/02/2020 | 375,00 | 04/02/2020 | 375,00 | 04/02/2020 | 375,00 |
| 05/02/2020 | 375,00 | 05/02/2020 | 375,00 | 05/02/2020 | 375,00 |
| 06/02/2020 | 375,00 | 06/02/2020 | 375,00 | 06/02/2020 | 375,00 |
| 07/02/2020 | 375,00 | 07/02/2020 | 375,00 | 07/02/2020 | 375,00 |
| 08/02/2020 | 375,00 | 08/02/2020 | 375,00 | 08/02/2020 | 375,00 |
| 09/02/2020 | 375,00 | 09/02/2020 | 375,00 | 09/02/2020 | 375,00 |
| 10/02/2020 | 375,00 | 10/02/2020 | 375,00 | 10/02/2020 | 375,00 |
| 11/02/2020 | 375,00 | 11/02/2020 | 375,00 | 11/02/2020 | 375,00 |
| 12/02/2020 | 375,00 | 12/02/2020 | 375,00 | 12/02/2020 | 375,00 |
| 01/03/2020 | 375,00 | 01/03/2020 | 375,00 | 01/03/2020 | 375,00 |
| 02/03/2020 | 375,00 | 02/03/2020 | 375,00 | 02/03/2020 | 375,00 |
| 03/03/2020 | 375,00 | 03/03/2020 | 375,00 | 03/03/2020 | 375,00 |
| 04/03/2020 | 375,00 | 04/03/2020 | 375,00 | 04/03/2020 | 375,00 |
| 05/03/2020 | 375,00 | 05/03/2020 | 375,00 | 05/03/2020 | 375,00 |
| 06/03/2020 | 375,00 | 06/03/2020 | 375,00 | 06/03/2020 | 375,00 |
| 07/03/2020 | 375,00 | 07/03/2020 | 375,00 | 07/03/2020 | 375,00 |
| 08/03/2020 | 375,00 | 08/03/2020 | 375,00 | 08/03/2020 | 375,00 |
| 09/03/2020 | 375,00 | 09/03/2020 | 375,00 | 09/03/2020 | 375,00 |
| 10/03/2020 | 375,00 | 10/03/2020 | 375,00 | 10/03/2020 | 375,00 |
| 11/03/2020 | 375,00 | 11/03/2020 | 375,00 | 11/03/2020 | 375,00 |
| 12/03/2020 | 375,00 | 12/03/2020 | 375,00 | 12/03/2020 | 375,00 |
| 01/04/2020 | 375,00 | 01/04/2020 | 375,00 | 01/04/2020 | 375,00 |
| 02/04/2020 | 375,00 | 02/04/2020 | 375,00 | 02/04/2020 | 375,00 |
| 03/04/2020 | 375,00 | 03/04/2020 | 375,00 | 03/04/2020 | 375,00 |
| 04/04/2020 | 375,00 | 04/04/2020 | 375,00 | 04/04/2020 | 375,00 |
| 05/04/2020 | 375,00 | 05/04/2020 | 375,00 | 05/04/2020 | 375,00 |
| 06/04/2020 | 375,00 | 06/04/2020 | 375,00 | 06/04/2020 | 375,00 |
| 07/04/2020 | 375,00 | 07/04/2020 | 375,00 | 07/04/2020 | 375,00 |
| 08/04/2020 | 375,00 | 08/04/2020 | 375,00 | 08/04/2020 | 375,00 |
| 09/04/2020 | 375,00 | 09/04/2020 | 375,00 | 09/04/2020 | 375,00 |
| 10/04/2020 | 375,00 | 10/04/2020 | 375,00 | 10/04/2020 | 375,00 |
| 11/04/2020 | 375,00 | 11/04/2020 | 375,00 | 11/04/2020 | 375,00 |
| 12/04/2020 | 375,00 | 12/04/2020 | 375,00 | 12/04/2020 | 375,00 |
| 01/05/2020 | 375,00 | 01/05/2020 | 375,00 | 01/05/2020 | 375,00 |
| 02/05/2020 | 375,00 | 02/05/2020 | 375,00 | 02/05/2020 | 375,00 |
| 03/05/2020 | 375,00 | 03/05/2020 | 375,00 | 03/05/2020 | 375,00 |
| 04/05/2020 | 375,00 | 04/05/2020 | 375,00 | 04/05/2020 | 375,00 |
| 05/05/2020 | 375,00 | 05/05/2020 | 375,00 | 05/05/2020 | 375,00 |
| 06/05/2020 | 375,00 | 06/05/2020 | 375,00 | 06/05/2020 | 375,00 |
| 07/05/2020 | 375,00 | 07/05/2020 | 375,00 | 07/05/2020 | 375,00 |
| 08/05/2020 | 375,00 | 08/05/2020 | 375,00 | 08/05/2020 | 375,00 |
| 09/05/2020 | 375,00 | 09/05/2020 | 375,00 | 09/05/2020 | 375,00 |
| 10/05/2020 | 375,00 | 10/05/2020 | 375,00 | 10/05/2020 | 375,00 |
| 11/05/2020 | 375,00 | 11/05/2020 | 375,00 | 11/05/2020 | 375,00 |
| 12/05/2020 | 375,00 | 12/05/2020 | 375,00 | 12/05/2020 | 375,00 |
| 01/06/2020 | 375,00 | 01/06/2020 | 375,00 | 01/06/2020 | 375,00 |
| 02/06/2020 | 375,00 | 02/06/2020 | 375,00 | 02/06/2020 | 375,00 |
| 03/06/2020 | 375,00 | 03/06/2020 | 375,00 | 03/06/2020 | 375,00 |
| 04/06/2020 | 375,00 | 04/06/2020 | 375,00 | 04/06/2020 | 375,00 |
| 05/06/2020 | 375,00 | 05/06/2020 | 375,00 | 05/06/2020 | 375,00 |
| 06/06/2020 | 375,00 | 06/06/2020 | 375,00 | 06/06/2020 | 375,00 |
| 07/06/2020 | 375,00 | 07/06/2020 | 375,00 | 07/06/2020 | 375,00 |
| 08/06/2020 | 375,00 | 08/06/2020 | 375,00 | 08/06/2020 | 375,00 |
| 09/06/2020 | 375,00 | 09/06/2020 | 375,00 | 09/06/2020 | 375,00 |
| 10/06/2020 | 375,00 | 10/06/2020 | 375,00 | 10/06/2020 | 375,00 |
| 11/06/2020 | 375,00 | 11/06/2020 | 375,00 | 11/06/2020 | 375,00 |
| 12/06/2020 | 375,00 | 12/06/2020 | 375,00 | 12/06/2020 | 375,00 |
| 01/07/2020 | 375,00 | 01/07/2020 | 375,00 | 01/07/2020 | 375,00 |
| 02/07/2020 | 375,00 | 02/07/2020 | 375,00 | 02/07/2020 | 375,00 |
| 03/07/2020 | 375,00 | 03/07/2020 | 375,00 | 03/07/2020 | 375,00 |
| 04/07/2020 | 375,00 | 04/07/2020 | 375,00 | 04/07/2020 | 375,00 |
| 05/07/2020 | 375,00 | 05/07/2020 | 375,00 | 05/07/2020 | 375,00 |
| 06/07/2020 | 375,00 | 06/07/2020 | 375,00 | 06/07/2020 | 375,00 |
| 07/07/2020 | 375,00 | 07/07/2020 | 375,00 | 07/07/2020 | 375,00 |
| 08/07/2020 | 375,00 | 08/07/2020 | 375,00 | 08/07/2020 | 375,00 |
| 09/07/2020 | 375,00 | 09/07/2020 | 375,00 | 09/07/2020 | 375,00 |
| 10/07/2020 | 375,00 | 10/07/2020 | 375,00 | 10/07/2020 | 375,00 |
| 11/07/2020 | 375,00 | 11/07/2020 | 375,00 | 11/07/2020 | 375,00 |
| 12/07/2020 | 375,00 | 12/07/2020 | 375,00 | 12/07/2020 | 375,00 |
| 01/08/2020 | 375,00 | 01/08/2020 | 375,00 | 01/08/2020 | 375,00 |
| 02/08/2020 | 375,00 | 02/08/2020 | 375,00 | 02/08/2020 | 375,00 |
| 03/08/2020 | 375,00 | 03/08/2020 | 375,00 | 03/08/2020 | 375,00 |
| 04/08/2020 | 375,00 | 04/08/2020 | 375,00 | 04/08/2020 | 375,00 |
| 05/08/2020 | 375,00 | 05/08/2020 | 375,00 | 05/08/2020 | 375,00 |
| 06/08/2020 | 375,00 | 06/08/2020 | 375,00 | 06/08/2020 | 375,00 |
| 07/08/2020 | 375,00 | 07/08/2020 | 375,00 | 07/08/2020 | 375,00 |
| 08/08/2020 | 375,00 | 08/08/2020 | 375,00 | 08/08/2020 | 375,00 |
| 09/08/2020 | 375,00 | 09/08/2020 | 375,00 | 09/08/2020 | 375,00 |
| 10/08/2020 | 375,00 | 10/08/2020 | 375,00 | 10/08/2020 | 375,00 |
| 11/08/2020 | 375,00 | 11/08/2020 | 375,00 | 11/08/2020 | 375,00 |
| 12/08/2020 | 375,00 | 12/08/2020 | 375,00 | 12/08/2020 | 375,00 |
| 01/09/2020 | 375,00 | 01/09/2020 | 375,00 | 01/09/2020 | 375,00 |
| 02/09/2020 | 375,00 | 02/09/2020 | 375,00 | 02/09/2020 | 375,00 |
| 03/09/2020 | 375,00 | 03/09/2020 | 375,00 | 03/09/2020 | 375,00 |
| 04/09/2020 | 375,00 | 04/09/2020 | 375,00 | 04/09/2020 | 375,00 |
| 05/09/2020 | 375,00 | 05/09/2020 | 375,00 | 05/09/2020 | 375,00 |
| 06/09/2020 | 375,00 | 06/09/2020 | 375,00 | 06/09/2020 | 375,00 |
| 07/09/2020 | 375,00 | 07/09/2020 | 375,00 | 07/09/2020 | 375,00 |
| 08/09/2020 | 375,00 | 08/09/2020 | 375,00 | 08/09/2020 | 375,00 |
| 09/09/2020 | 375,00 | 09/09/2020 | 375,00 | 09/09/2020 | 375,00 |
| 10/09/2020 | 375,00 | 10/09/2020 | 375,00 | 10/09/2020 | 375,00 |
| 11/09/2020 | 375,00 | 11/09/2020 | 375,00 | 11/09/2020 | 375,00 |
| 12/09/2020 | 375,00 | 12/09/2020 | 375,00 | 12/09/2020 | 375,00 |
| 01/10/2020 | 375,00 | 01/10/2020 | 375,00 | 01/10/2020 | 375,00 |
| 02/10/2020 | 375,00 | 02/10/2020 | 375,00 | 02/10/2020 | 375,00 |
| 03/10/2020 | 375,00 | 03/10/2020 | 375,00 | 03/10/2020 | 375,00 |
| 04/10/2020 | 375,00 | 04/10/2020 | 375,00 | 04/10/2020 | 375,00 |
| 05/10/2020 | 375,00 | 05/10/2020 | 375,00 | 05/10/2020 | 375,00 |
| 06/10/2020 | 375,00 | 06/10/2020 | 375,00 | 06/10/2020 | 375,00 |
| 07/10/2020 | 375,00 | 07/10/2020 | 375,00 | 07/10/2020 | 375,00 |
| 08/10/2020 | 375,00 | 08/10/2020 | 375,00 | 08/10/2020 | 375,00 |
| 09/10/2020 | 375,00 | 09/10/2020 | 375,00 | 09/10/2020 | 375,00 |
| 10/10/2020 | 375,00 | 10/10/2020 | 375,00 | 10/10/2020 | 375,00 |
| 11/10/2020 | 375,00 | 11/10/2020 | 375,00 | 11/10/2020 | 375,00 |
| 12/10/2020 | 375,00 | 12/10/2020 | 375,00 | 12/10/2020 | 375,00 |
| 01/11/2020 | 375,00 | 01/11/2020 | 375,00 | 01/11/2020 | 375,00 |
| 02/11/2020 | 375,00 | 02/11/2020 | 375,00 | 02/11/2020 | 375,00 |
| 03/11/2020 | 375,00 | 03/11/2020 | 375,00 | 03/11/2020 | 375,00 |
| 04/11/2020 | 375,00 | 04/11/2020 | 375,00 | 04/11/2020 | 375,00 |
| 05/11/2020 | 375,00 | 05/11/2020 | 375,00 | 05/11/2020 | 375,00 |
| 06/11/2020 | 375,00 | 06/11/2020 | 375,00 | 06/11/2020 | 375,00 |

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

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1217322893

NOME
VITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSÃO / UF
6199533 SSP PE

CPF
692.655.184-72

DATA NASCIMENTO
15/01/1971

FILIAÇÃO
AMAUXY DE LIMA PIRES
LIRA ALMEIDA PIRES

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A2

Nº REGISTRO
01102847399

VALIDADE
20/08/2020

1ª HABILITAÇÃO
13/02/1989

OBSERVAÇÕES
sem observações

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
30/11/2015

ASSINATURA DO EMISOR

15825414115
PE068266057

DETRAN - PE (PELHANAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
1217322893



ANS - nº 34.488-5

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



VENCIMENTO
25/02/2020



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



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 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 Nº 9.613/98.

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

do sinistro de DPVAT cobertura invalidiz 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

At/ces

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: ____/____/____

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 (X) Domicílio () Local de Trabalho () | |
| SENHA <u>5893503</u> | |
| IDENTIFICAÇÃO | |
| Nome do Paciente: <u>Guilherme Vieira / Filho</u> | Idade: <u>34</u> |
| Sexo: M (X) F () Profissão: _____ | Fone: _____ |
| Endereço Residencial: _____ | Bairro: _____ |
| Cidade: <u>Olinda</u> | |
| CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA) | |
| Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta (X) | |
| 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(X) 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: <u>Colisão moto x moto</u> | |
| Hipótese Diagnóstica: <u>Fratura exposta de ossos da perna (E)</u> | |
| 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 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

RECEBIDO
HEM-AM

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele
Sim / Não

Fernanda Nascimento
COREN-PE 273647-ENF

pele íntegra

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

Data Impressão: 28/02/2020 11:47

Página 1 de 1



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



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 SCHMALZ -- 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 a moto há 4h, cursando com dor imediata e ferimento punctiforme em perna E. Perna TPE, comorbidades de alergias.

Exame Físico

ECG, LATE, insuflado e afibril. Ferimento punctiforme no terço médio medial de perna E, com dor imediata no local, doloroso à mobilização dessa NVL preservada Rx: Ex diagnóstica de ossos da perna E

Hipótese Diagnóstico

Ex suspeita de fratura de ossos da perna E

Prescrição Médica

1) Solicito RX
2) Dieta zero.

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação





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

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: **519114**

Usuário: LUISKNS

DADOS DO PACIENTE

| | | | | | |
|----------------------------|--|---------------|-------------------------|----------------------------|----------------------|
| Paciente: | GUTEMBERG VIEIRA MATIS | | | Prontuário: | 134706 |
| Idade: | 34a 3m 13d | Sexo: | M | Estado Civil: | SOLTEIRO |
| Profissão: | | Escolaridade: | | Data de Nascimento: | 15/11/1985 |
| R.G.: | 6297589 | C.P.F.: | 05500679490 | Telefone: | |
| Endereço: | RUA CARMEM LEAL SCHMALZ, 439 - VARADOURO | | | CEP: | 53020330 |
| | | | | | - 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: | Numero: | |
| Telefone: | Cidade: | Estado civil: |

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|
| Data da Alta: | 12/03/2020 | Hora da Alta: | 12:00 | | |
| 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: | BOMAS | | | | |
| Diagnóstico Principal.....: | FX OIT-FIST OSSOS do PLANO | | | | |
| Diagnóstico Secundário01.: | | | | | |
| Diagnóstico Secundário02.: | | | | | |
| Procedimento.....: | 28/02 ATFE COM PLACA E 10/03 HIN DE TIBIA | | | | |
| | Dr. Ian Lacerda Ortopedia/Traumatologia CRM PE: 21590/CNH-PB: 3024 | | | | |
| | Médico e CRM: | | | | |
| 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 _____

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 DescritivaAviso de Cirurgia : 63197
Paciente : 134706Convênio 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

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 ANTISSEPÇÃO 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 PINOS SCHANZ + 8 CONECTORES + 2 BARRAS)
SUTURA COM NYLON 2.0;
6. DESBRID + SUTURA DE FERIMENTO HALUX ESQ
10. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**DR(A) : JARBAS SIZENANDO SILVEIRA FILHO
CRM : 17460

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



Ficha de Cirurgia Descritiva

| | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---------|----------------------|
| Aviso de Cirurgia : 63405 | Sala : 0003 | SALA 03 | Atendimento : 519114 |
| Paciente : 134706 | GUTEMBERG VIEIRA MATIS | | Carteira : |
| Convênio Atend. : 1 | SUS - INTERNACAO | | Idade : 34 Anos |
| Leito : 198 | ORTO-502-LEITO 002 | | |
| 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 ÒS DA DIAFISE TIBIAL (PRINCIPAL) |
| Convênio: 001 | SUS - INTERNACAO |
| Anestesia: | |

Equipe Médica

| | | |
|-------------|-------|---|
| CIRURGIAO | 18099 | FILIFE MACIEL BELFORT CAMPOS |
| ANESTESISTA | 22513 | PEDRO FILIFE 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 FILIFE BELFORT
1º AUXÍLIO: DR FILIFE 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 23.599

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





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

055.006.794-90

DATA NASCIMENTO

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 Souza 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

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GUTEMBERG VIEIRA MATIS

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 |



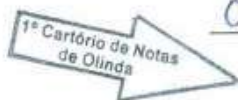
PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Gutemberg Vieira Matos,
brasileiro(a), estado civil solteiro, CI/ RG nº 6297589 S08,
CPF/MF sob nº 055.006.794-90, residente e domiciliado à rua
Tereza Carmona Real 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 Matos

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade

