



Número: **0071048-84.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 20ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 6.918,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
VALDIR MARTINS DOS SANTOS (AUTOR)	DIEGO MEDEIROS PAPARIELLO (ADVOGADO) CAMILLA ALMEIDA LOPES TAVARES (ADVOGADO)
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71674 986	26/11/2020 17:11	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)



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, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200300830 **Vítima: VALDIR MARTINS DOS SANTOS**

Data do Acidente: 19/05/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALDIR MARTINS DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica. O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT. Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00929/00930 - carta_02 - INVALIDEZ



00040465

Carta nº 15071227



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 1



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: 264.499.194-34 4 - Nome completo da vítima: Valdir martins dos Santos

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

5 - Nome completo: Valdir martins dos Santos 6 - CPF: 264.499.194-34
 7 - Profissão: motorista 8 - Endereço: Rua Tupiaca 9 - Número: 97 10 - Complemento: casa A
 11 - Bairro: San Martin 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50765-630
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81)98803-5010

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"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO 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"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	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 6.194/74), 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 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) Divorciado 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 <input type="checkbox"/> Sim teve filhos?	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vei nascer)? <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 áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC
 DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0102001166**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/07/2020** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **19/5/2020** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA TENENTE MINDELO, 11111** - Bairro: **SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **50630-405** - Ponto de Referência: **PERTO DA LOMBADA DE ELEVACAO**
 Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
VALDIR MARTINS DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR MARTINS DOS SANTOS**

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

VALDIR MARTINS DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JURANDI BATISTA DOS SANTOS** Pai: **JOAO MARTINS DOS SANTOS** Data de Nascimento: **30/7/1961** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1873903/SSP/PE (RG)**, **26449919434 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Telefones Celulares: **- 987131038**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**

Endereço Residencial: **RUA JUPIACARA, 97 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

ACIDENTE (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR MARTINS DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR MARTINS DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLC6D50** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2008**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE EM DATA, LOCAL E HORARIO JA INFORMADOS, AO TRANSITAR PELA VIA, SOFREU DERRAPAGEM NA REFERIDA MOTOCICLETA QUE CONDUZIA, PROXIMO A LOMBADA . ALEGA QUE ESTAVA



CHOVENDO, NO MOMENTO DO ACIDENTE, FORA SOCORRIDO POR FAMILIARES E CONDUZIDO PARA UPA-IMBIRIBEIRA. O QUEIXOSO TEVE FRATURA NA CLAVICULA, SENDO LIBERADO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR DE EMERGENCIA NA MESMA DATA, CONFORME APRESENTA EM DOCUMENTO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO POLICIAL.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) nessa unidade policial

B.O. registrado por: **PETRONILA DE V. MACHADO BOTELHO NETA - MT 208435-0** - Matrícula: **208435-0**
(Liberado em 14/07/2020 às 11:25)





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:

264.499.194-34

4 - Nome completo da vítima:

Valdir Martins dos Santos

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

5 - Nome completo:

Valdir Martins dos Santos

5 - CPF: 264.499.194-34

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

Rua Tupiaca

9 - Número: 97

10 - Complemento: Casa A

11 - Bairro:

San Martin

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado: PE

14 - CEP: 50765-630

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): (81) 98803-5010

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\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0048

CONTA: 00011613

4

(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 6.194/74), 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 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) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

 Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (veja nascer)?

 Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

 Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós vivos?

 Sim Não

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

34

Impressão
digital da
vítima ou
beneficiário
não alfabetizado

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Recife/PE 15 de julho de 2020**Valdir Martins dos Santos*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000011613-4

Nr. da Autenticação B6C28AA07F316CCF



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 6



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

ATENDIMENTO: RUA DA AURORA - NUM. - 00347 - SANTO AMARO REC
FE PE 50050-0000

DADOS DO CLIENTE
VALDIR MARTINS DOS SANTOS MATRÍCULA: 57887346 Fev/2020
R. JUPIACARA, N. 97 - CS-A - SAN MARTIN RECIFE PE 50761-610
INSCRIÇÃO: 347.515.315.0162.002 GRUPO:15 DFB AUTOMATICO: 057887346

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDROMETRO Y10N123458	DATA LEIT. ANTERIOR 08/02/2020	DATA LEIT. ATUAL 10/03/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / MIN FIXAD

AQUA:
LEIT ANT: 521 CONSUMO: 0
LEIT ATU: 521
LEIT FAT: 521 HD PAR CONS
ESGOTO:
LEIT ANT: VOLUME: 10
LEIT ATU: 10
LEIT FAT: CONS MIN FIX

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

01/2020	00	/10	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
				EXIG	PORT.	ANALISES	ATENDEM
12/2019	00	/10	TURBIDEZ	124	124	124	122
11/2019	00	/10	COR APARENTE	124	124	124	118
10/2019	00	/10	CLORO RESIDUAL	124	124	124	124
09/2019	00	/10	COLIF. TOTAIS	124	124	124	124
08/2019	00	/10	E. COLI	124	124	124	124

MÉDIA: 00 /10 Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS CONSUMO TOTAL(R\$)

AQUA	RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	CONSUMO	TOTAL(R\$)
	RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	0 103	44,08
	CONSUMO DE ESGOTO	10 103	17,63
	MULTA P/ IMPONTUALIDADE 01/2020		1,24
	JUROS DE MORA 11/2019 12/2019		0,70

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPÔSTO
IR - COFIR	61,71 61,71	1,65 7,60	1,02 4,69

VENCIMENTO: 20/03/2020 TOTAL A PAGAR: 63,65

MENSAGEM:
IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO
TOTAL DE R\$ 63,65. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-
TIVACAO E SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE AGUA.



**MARIO**CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOiFATURA DE
JUL/2019CÓDIGO MINHA OI
401737543654VENCIMENTO
02/08/2019Emissão em 15/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019PAGAR (R\$)
184,18

CTC RECIFE PE PL1

MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE

7200039896 00000 0000000000 10 150719

**PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.**

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS

OI MAIS**119,85** **OI MÓVEL**

+ Serviços Adicionais

59,70

MARIO PEDRO DOS SANTOS

CPF: 089.767.854-01

NÚMERO DO CLIENTE: 2210754413

NÚMERO DA FATURA: 219159434

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 8



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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Lucena de Oliveira Júnior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 404.252.874-32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valdir Martins dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 264.499.394-34

do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Valdir Martins dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 264.499.394-34, 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 Doutor Valdirine Filho</u>	Número:	<u>408</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Extensão</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>50481-025</u> Tel.(DDD): <u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 20 de julho de 2020

Anderson Lucena de Oliveira Júnior

Assinatura do Declarante





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, APPLICATE PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Lucena de Oliveira Júnior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 404.252.874-32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valdir Martins dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 264.499.394-34

do sinistro de DPVAT cobertura invalidade da Vítima Valdir Martins dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 264.499.394-34, 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 Doutor Valdirine Filho</u>	Número:	<u>408</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Extensão</u>	Cidade:	<u>Recife</u>	Estado:
E-mail:				CEP: <u>50481-025</u> Tel.(DDD): <u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 20 de julho de 2020

Anderson Lucena de Oliveira Júnior

Assinatura do Declarante



Queixa Principal / História

DOR EM OMBRO ESQ APOS QUEDA DE MOTO HA 01H

SOLICITO RX

Antecedentes

DM: SIM NÃO

HAS: SIM NÃO

Alergia: SIM NÃO

Medicamentos: SIM NÃO

Exame Físico

EG Bom Consciente Orientado e Conversando Hidratado

Nutrido Corado Acianótico Anictérico

Eupnélico Afebril Sem Edemas

ACV.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AR.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AD.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

SN.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADO

SGU.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

ORL.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

Pele: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AP. Locomotor: EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE ÓSSEA
 OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ²
			19	87		0		

IPAS
UPA - IMBIRIBERA
Drª. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico



UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

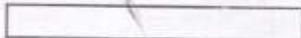
MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 19-05-2020 22:06

Nome Paciente:	VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Cód. Paciente:	502646
Data de Nascimento:	03/07/1961
Sexo:	Masculino
Idade:	59
Senha:	A0045
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	135138C
SAME:	

Período: 19-05-2020 22:10 - 19-05-2020 22:11

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS - A

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO E DOR EM MMII

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 87.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 19.00 IRPM
- GLICEMIA CAPILAR (HGT): 0.00 MG/DL
- TEMPERATURA(C): 0.00 C°

Alergias Atuais do Paciente

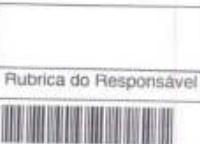
Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS	- A

IPAS
UPA IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Acolhido(a) por: JULIANA GABRIELA XAVIER DE OLIVEIRA - COREN: 5541 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 06-07-2020 08:16



Médico....: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG



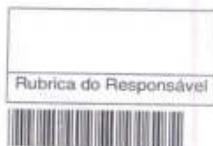
Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TIPOIA M -> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	1	2. UN				[19/05] 22:28

Prescrição.: 1913118 Data: 19/05/2020 22:29
Usuário....: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasç: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int
Médico....: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 CURATIVO ADULTO						Agora

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Drº. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Prescrição.: 1913113 Data: 19/05/2020 22:18
Usuário....: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int
Médico....: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
1	RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P./PERFIL / AXIAL ; Exame: 343914	1					19/05] 22:18

Prescrição.: 1913116 Data: 19/05/2020 22:27
Usuário....: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int
Médico....: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
1	DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML > ESCALPE N. 21 > AGULHA 25X7 DESCARTAVEL > AGUA BIDESTILADA SOL.INJ. 10ML > SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	AMP		IV	Agora	19/05] 22:27
2	TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML > ESCALPE N. 21 > CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM > EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL > SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA > AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	AMP		IV	Agora	19/05] 22:27
		1	UN	1 FA C/100ML			
		1	UN				
		1	UN				
		1	UN				

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Drº. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Prescrição.: 1913117 Data: 19/05/2020 22:28
Usuário....: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1351380 Prontuário: 592646 Data do atendimento: 19/05/2020 22:15:00
Paciente: VALDIR MARTINS DOS SANTOS Idade: 59 anos e 0 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Data de Nascimento: 03/07/1961
Médico(a) Assistente / CRM: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO / CRM - null - 23950
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 19/05/2020

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 19/05/2020 22:48:39

IDENTIFICAÇÃO

NOME: VALDIR MARTINS DOS SANTOS RG: 1873903 PESO:
IDADE: 59 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:
Data de Nascimento: 03/07/1961
PRESTADOR ASSISTENTE: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO
DATA DE ATENDIMENTO: 19/05/2020 22:15:21 ATENDIMENTO: 1351380 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 0 Hora(s)
CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S420 - FRAT DA CLAVÍCULA

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: RX: FRAT DA CLAVÍCULA ESQ, NAO DESVIADA, MEMBRO NAO DOMINANTE
OPTADO PELO TTO CONSERVADOR
TIPOIA + ANALGESIA
ATT 30 DIAS
ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Drº. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 16

UPA24H - UPA MIRIBERA
Data: 19/05/2020 - Registro: 39660
Nome: VALIR MARTINS DOS SANTOS
pesquisador: LINDIPO DE OLIVEIRA PIRIARA
Data de Arquivamento: 05/06/2020
Assinado eletronicamente por: LINDIPO DE OLIVEIRA PIRIARA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 17



lindo visto p/ DP DAT
Janete Vazde Vaz de Souza, int. de andar
de trânsito em 19/05/2020.

Sobre feridas na clavícula direita, fôr
trânsito conferenciante com medo/pacô + out fla.
máximo + aural forcas

O visto visto com lesões ORL

- deformações articulares ou tendões
de rotula ou joelhos R.

- limites dos ossos
- deformações articulares

Alto riscos para lesões

M
18/08/2020

Jr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 172.876.334-04
Não autorizo troca



Queixa Principal / História

DOR EM OMBRO ESQ APOS QUEDA DE MOTO HA 01H

SOLICITO RX

Antecedentes

DM: SIM NÃO

HAS: SIM NÃO

Alergia: SIM NÃO

Medicamentos: SIM NÃO

Exame Físico

EG Bom Consciente Orientado e Conversando Hidratado

Nutrido Corado Acianótico Anictérico

Eupnélico Afebril Sem Edemas

ACV.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AR.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AD.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

SN.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADO

SGU.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

ORL.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

Pele: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AP. Locomotor: EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			19	87		0		

IPAS
UPA - IMBIRIBERA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico



UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

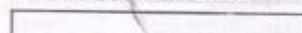
MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 19-05-2020 22:06

Nome Paciente:	VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Cód. Paciente:	502646
Data de Nascimento:	03/07/1961
Sexo:	Masculino
Idade:	59
Senha:	A0045
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	135138C
SAME:	

Período: 19-05-2020 22:10 - 19-05-2020 22:11

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS - A

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO E DOR EM MMII

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 87.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 19.00 IRPM
- GLICEMIA CAPILAR (HGT): 0.00 MG/DL
- TEMPERATURA(C): 0.00 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS	- A

IPAS
UPA IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Acolhido(a) por: JULIANA GABRIELA XAVIER DE OLIVEIRA - COREN: 5541 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)
Data Impressão: 06-07-2020 08:16

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

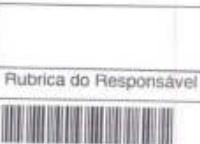
Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 20

Médico....: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG



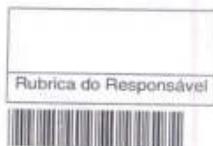
Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TIPOIA M -> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	1	2. UN				[19/05] 22:28

Prescrição.: 1913118 Data: 19/05/2020 22:29
Usuário....: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasç: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio....: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int.
Médico....: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 CURATIVO ADULTO						Agora

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Drº. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Prescrição.: 1913113 Data: 19/05/2020 22:18
Usuário....: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int
Médico....: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM		Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
1	RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P./PERFIL / AXIAL ; Exame: 343914	1					19/05] 22:18

Prescrição.: 1913116 Data: 19/05/2020 22:27
Usuário....: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int
Médico....: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS		Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Datas/Horários
1	DIPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML > ESCALPE N. 21 > AGULHA 25X7 DESCARTAVEL > AGUA BIDESTILADA SOL.INJ. 10ML > SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	AMP		IV	Agora	19/05] 22:27
2	TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML > ESCALPE N. 21 > CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM > EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL > SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA > AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	AMP		IV	Agora	19/05] 22:27
		1	UN	1 FA C/100ML			
		1	UN				
		1	UN				
		1	UN				

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Drº. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Prescrição.: 1913117 Data: 19/05/2020 22:28
Usuário....: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio...: SUS - AMBULATORIO
Paciente...: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1351380 Prontuário: 592646 Data do atendimento: 19/05/2020 22:15:00
Paciente: VALDIR MARTINS DOS SANTOS Idade: 59 anos e 0 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Data de Nascimento: 03/07/1961
Médico(a) Assistente / CRM: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO / CRM - null - 23950
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 19/05/2020

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 19/05/2020 22:48:39

IDENTIFICAÇÃO

NOME: VALDIR MARTINS DOS SANTOS RG: 1873903 PESO:
IDADE: 59 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:
Data de Nascimento: 03/07/1961
PRESTADOR ASSISTENTE: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO
DATA DE ATENDIMENTO: 19/05/2020 22:15:21 ATENDIMENTO: 1351380 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 0 Hora(s)
CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S420 - FRAT DA CLAVÍCULA

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: RX: FRAT DA CLAVÍCULA ESQ, NAO DESVIADA, MEMBRO NAO DOMINANTE
OPTADO PELO TTO CONSERVADOR
TIPOIA + ANALGESIA
ATT 30 DIAS
ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Drº. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 24

UPA24H - UPA MIRIBERA
Data: 19/05/2020 Registro: 39660
Nome: VALIR MARTINS DOS SANTOS
pesquisador: LINDIPO DE OLIVEIRA PIRIARA
Data de Arquivamento: 05/06/2020
Assinado eletronicamente por: LINDIPO DE OLIVEIRA PIRIARA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 25



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 26

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA			
DETAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	ODD-RENAM	RNTRC	EXERCÍCIO
1	936849380	*****	2020
NOME			
VALDIR MARTINS DOS SANTOS			
RECIFER-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
264.499.194-34		KLC6050	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
KLA6350/P/PE		9C2MC35008R013045	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS / MOTOCICLISTA		GASOLINA	
MARCAS / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / CBX 250 TWISTER		2007	2008
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	
2P / 249CL		PARTIC	
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA	
I	IPVA 2020 QUITADO	1*	*****
P		2*	*****
V	FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	
A	1	*****	3*
PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)
8.10		05	12.30
27/02/20			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVANTO DE PÓRTE OBRIGATÓRIO			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
RECIFE	ROBERTO CARLOS MOREIRA PONTELLAS	LOCAL	DATA
			30/06/20
DIRETOR PRESIDENTE DETAN/PE			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT			
PE Nº 016378850756 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
VALDIR MARTINS DOS SANTOS		50761-610	
RUA JUPIACARA 97		CASA SAN MARTIN RECIFE-PE	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
2020		30/06/20	
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
1	264.499.194-34	KLC6050	
RENAM		MARCAS / MODELO	
936849380		HONDA / CBX 250 TWISTER	
ANO FAB.	CAT. FAIXA	Nº CHASSI	
2007	09	9C2MC35008R013045	
PRÉMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DETRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
3.65	0,41	4.05	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGUE PELO SEGURO (R\$)	
4.15	0,05	12.30	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
27/02/20			
SEGURADORA LÍDER - DPVAT			
CNPJ 08.248.608/0001-04			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT ÉLÉTRONICO É DE PÓRTE OBRIGATÓRIO			



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 DATA DO ACIDENTE _____
 CPF DA VÍTIMA _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 N° _____ COMPLEMENTO _____ Bairro _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL _____
 FONE (_____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- NA IMPSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA
- AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, IMAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
 * Morte = R\$ 13.500,00
 * Invalidez Permanente = Até R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.134/74.
 * DESPESAS MÉDICAS (NAME) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- * O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.
- * COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULARIO
- * PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1104

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURODOR
 DATA _____

IDENTIDADE _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

- CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

Assinatura _____

Assinatura _____



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:

Nome: Valdir martins dos Santos
Nacionalidade: Brasileira Est. Civil: casado
Profissão: motorista
Identidade: 1.873.903 SSP/PE CPF: 264.499.194-34
Endereço: Rua Jupiaba N. 974, San Martin - Recife - PE
Cobertura: invalidiz Data do Acidente: 19/05/2020

PROCURADOR:

Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
Nacionalidade: BRASILEIRA Est. Civil: SOLTEIRO
Profissão: AUX. ADMINISTRATIVO
Identidade: 8.171.555 SDS/PE CPF: 704.252.874-32
Endereço: RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sinceres e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

Recife, 15 de julho de 2020
Local e data

Valdir martins dos Santos

Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235946/20

Vítima: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 264.499.194-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2020

Titular do CPF: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

VALDIR MARTINS DOS SANTOS : 264.499.194-34

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: 21/08/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 30

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205335/20

Vítima: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 264.499.194-34

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/05/2020

Titular do CPF: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

VALDIR MARTINS DOS SANTOS : 264.499.194-34

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: 22/07/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 31

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200300830 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDIR MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 19/05/2020 **Seguradora:** BRASIL VEÍCULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda. Contusão do ombro esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 90°, extensão aos 25°, abdução aos 100°, adução aos 25°, rotação medial aos 50°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Vítima admitida em unidade hospitalar com relato álgico em ombro esquerdo, com contusão em ombro esquerdo, ao ser encaminhada para avaliação radiológica, diagnosticada fratura da clavícula esquerda, sendo realizado tratamento conservador com imobilização tipo 8 e analgesia, com alta hospitalar. Realizou fisioterapia com alta há cerca de 20 dias. Atualmente apresentando sinais de consolidação viciosa da fratura da clavícula esquerda.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau severo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/09/2020

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25



**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: [3200300830](#)

Nome do(a) Examinado(a): **VALDIR MARTINS DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA JUPIACARA, 97, CASA A, Recife/PE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SSP-PE / 1873903**

Data e local do acidente: **19/05/2020 - Recife/PE**

Data e local do exame: **03/09/2020 - /PE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura da clavícula esquerda. Contusão do ombro esquerdo.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

imobilização tipo 8, fisioterapia. Alta há cerca de 20 dias.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 90°, extensão aos 25°, abdução aos 100°, adução aos 25°, rotação medial aos 50°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

limitação grave de ombro esquerdo, com consolidação viciosa da fratura.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.



Ombro Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:



Leonardo Reves
Médico
CRMESP: 17148



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 26/11/2020 17:11:10
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20112617111022700000070270506>
Número do documento: 20112617111022700000070270506

Num. 71674986 - Pág. 34