



Número: **0035705-27.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (AUTOR)		ALYNE ROBERTA ALEIXO DE MELO (ADVOGADO) João Campiello Varella Neto (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75909968	25/02/2021 17:47	2769171_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo n.º 00357052720208172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DA COMPLETA AUSÊNCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE O SUPOSTO SINISTRO E AS LESÕES APRESENTADAS

AUTOR PORTADOR DE ESCLEROSE MÚLTIPLA

Exa., conforme demonstra **TODO BOLETIM MÉDICO apresentado aos autos**, o autor possui esclerose múltipla desde o ano de 2015, não havendo relato de qualquer acidente de trânsito desde este ano até os dias de hoje.





Secretaria do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



SENEU – SERVIÇO DE NEUROLOGIA DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS E A PEDIDO DO (A) INTERESSADO (A) QUE O (A) SENHOR (A) **Livstone Trajano de Santana** É PORTADOR(A) DE **ESCLEROSE MÚLTIPLA** (CID-10: **G35.0**), EM USO DE **REBIF**. POSSUI DEFICIT MOTOR IMPORTANTE, RETRITO EM CADEIRA DE RODAS. EM AGUARDA DOSAGEM DE AQUAPORINA 4.

RECIFE – PE, 11 de março de 2019.


MÉDICO

Ocorre que a parte autora afirma que teria sofrido acidente de trânsito em 2017, todavia, NÃO COMPROVA EM MOMENTO ALGUM A OCORRÊNCIA DESTE SUPOSTO SINISTRO. Deixando de apresentar boletim de ocorrência e boletim de atendimento médico que ateste o mesmo.

Cumpra esclarecer que, em uma busca simples pela internet, podemos verificar que a EM (Esclerose Múltipla) pode levar a diversas sequelas no corpo ser humano, podendo, inclusive, levar à morte.

Também podemos perceber que a EM acarreta dores em todas as partes do corpo e lesões decorrentes da doença, de acordo com o que preceitua o portal informativo divulgado na internet com o fim de divulgação e educação sobre esclerose múltipla:

<https://esclerosemultipla.com.br/sobre-em/entendendo-a-esclerose-multipla/sinais-e-sintomas/>

Desta forma, Exa., resta demonstrada a completa ausência de nexo causal entre as lesões apresentadas pela parte autora e o suposto sinistro. Bem como, também que o mesmo levanta dúvida se realmente ocorreu.

ASSIM, NÃO PODE A RÉ ARCAR E INDENIZAR A PARTE AUTORA SE A MESMA NÃO APRESENTA LESÕES DECORRENTES DE ACIDENTE DE TRANSITO E SIM DE UMA DOENÇA CRÔNICA, COMO A ESCLEROSE MÚLTIPLA.

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Ocorre que, conforme explanado acima, NÃO HÁ QUALQUER PROVA DE QUE AS LESÕES APRESENTADAS PELA PARTE AUTORA TERIAM DECORRIDO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, TENDO EM VISTA QUE A MESMA É PORTADORA DE EM (ESCLEROSE MÚLTIPLA) E QUE O LAUDO MÉDICO APONTA AS LESÕES EM DECORRÊNCIA DA DOENÇA.

DESTA FORMA, REQUER A INTIMAÇÃO DO EXPERT PARA ESCLARECER SE HÁ NEXO CAUSAL ENTRE AS LESÕES E O SUPOSTO SINISTRO, NÃO COMPROVADO. BEM COMO, A RAZÃO PELA QUAL APURA AS LESÕES SEM RESTAR NÍTIDO O NEXO CAUSAL ENTRE O ALEGADO ACIDENTE E AS LESÕES.

Na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 23 de fevereiro de 2021.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE





Número: **0035705-27.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

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

Última distribuição : **05/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (AUTOR)		ALYNE ROBERTA ALEIXO DE MELO (ADVOGADO) João Campiello Varella Neto (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
RODRIGO CASTRO DE MEDEIROS (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75909969	25/02/2021 17:47	ANEXO 1	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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

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 14686489





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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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. 01879/01880 - carta_03 - INVALIDEZ

00030940



Carta nº 14686847





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 Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000003017

Conta: 000000077741-5

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





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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190465412 Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Data do Acidente: 19/12/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 08/01/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01961/01962 - carta_09 - INVALIDEZ

00060981



Carta nº 15341010



Autorização de pagamento



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 09590891446 Nome completo da vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

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

Nome completo: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA CPF: 09590891446
 Profissão: CONFERENTE Endereço: RUA ANTONIO ALVES DA ROCHA Número: 65 Complemento: B
 Bairro: DOIS IRMÃOS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50000-000
 E-mail: trajanopedro20@gmail.com Tel.(DDD): (81) 88614575
(81) 9.8750.8960

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

RENDA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 3017 CONTA: 00077741 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
 Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (ou nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____
 Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____
 Local e Data: Camara de IPE, 30.07.19
 Nome: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
 CPF: 09590891446

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Livistone Trajano de Santana
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2º Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

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

FPS.001 V001/2018

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): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 0800 021 91 35

INSTRUÇÕES IMPORTANTES:

1. Necessário o preenchimento completo de todos os dados, sem rasuras e de forma legível.
2. Os nomes da vítima e dos beneficiários deverão ser informados completos e sem abreviações.
3. Informar a quantidade de filhos, pais e avós vivos e falecidos, *nascituros (aquele que está sendo gerado, mas ainda não nasceu).
4. Os beneficiários/vítimas com idade entre 0 e 15 anos ou o incapaz com curador deverão ser **representados pelos pais**, tutor ou curador. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada somente pelo representante legal.
5. Os beneficiários/vítimas com idade entre 16 e 17 anos deverão ser **assistidos pelos pais ou tutor**. A declaração deverá ser preenchida com os dados dos beneficiários/vítimas e assinada pelos beneficiários/vítimas e, também, por seu **assistente legal**, devidamente identificado por meio dos respectivos documentos.
6. Em caso de indenização por morte com mais de um beneficiário, preencher um formulário para cada beneficiário.





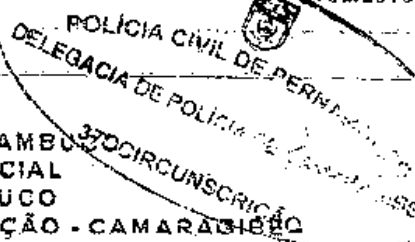
3 de 2

Boletim de ocorrência



IN

21/02/2018 11:04



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 37ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE
DP37ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº **18E0127001124**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2018** às **11:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **19/12/2017** no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, KM 07, ESTRADA DE ALDEIA - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (VÍTIMA)

RECEBIDO

31 JUL 2019

Seguradora Líder DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros meios), que estava em posse do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA**

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

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CLAUDREI TRAJANO DE SANTANA Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 26/11/1989
Naturalidade: **REGISTRO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CAMARAGIBE, 05, RUA SEVERINO MIGUEL DE MOURA, SÍTIO DOS PINTOS, PRÓXIMO AO CAMPO - CEP: 0 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**
Fabricante/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CC 125** Objeto apreendido: **NÃO**
Carro POSTO - Quilômetros: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

2017112011 - Combustível: ALCO/GASOL





1 DIVISIONE TRAPIANO DE SANTANA (ITALIA)

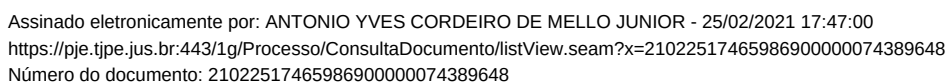
INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO NO KM 07 DA ESTRADA DE ALBERTIA, QUANDO VEIO EM ALTA VELOCIDADE O AUTOR, JA FUJINDO DE OUTRA SITUAÇÃO, E, AO SOBRESSAR MA CURVA, VEIO ATINGIR A VITIMA, O AUTOR FOI AUTUADO POR ATOS DELICTUAIS NESTA DETERMINADA LUGAR A SEGUIR, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA UPA DA CAXANGÁ, E LOGO EM SEQUENCIA SEM TER DADO ENTRADA, FOLHARA O HOSPITAL DO ESPINHHEIRO, ESTE DO SEU PLANO DE SAUDE, NESTE HOSPITAL DEU ENTRADA COM ATENDIMENTO: 14839217, TENDO A ÚLTIMA FICADO EM INTERNAMENTO COM FRATURAS DE FALANXES, TAMBEM LESIONOU O JOELHO, AINDA VAÍ FAZER RESSONANCIA PARA AVERIGUAR O GRAU DA LESÃO, AINDA LESIONOU O VE DIREITO FICANDO INCHADO.

NOTOCICETA 1 (VEICULO) de propriedade de(s) SENR CEAR DARIO PEREIRA DA SILVA, que esteve em posse de(s) Sr(s) CEAR DARIO PEREIRA DA SILVA. Categoria: MOTOICICETA/MOTONDA/KX 250R Objeto apreendido: NAO. Quantidade (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: MLV9083 (PERNAMBUCO/SAO LORENCO DA MATA) Chassi: 002M034008R010202 Ano e Fabricação/Modelo: 2008/2008 Combustível: GASOLINA

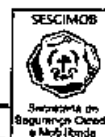
എസ്റ്റിമേറ്റ് 6.30 100%

1000





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE Ocorrência de Acidentes de Trânsito



I - LOCAL DO ACIDENTE

Nº 441/2017

AV/RUA: PE-27 KM 07		BAIRRO: ALDEIA	
MUNICÍPIO: CAMARAGIBE		PONTO DE REF.: ESCOLA MAJOR LELIO	
DATA: 08/01/2017			
II - HORÁRIO:		II - CLASSIFICAÇÃO	
☒ 17:00 OCORRÊNCIA		☐ SEM VÍTIMAS	
☒ 17:15 ATENDIMENTO		☒ COM VÍTIMAS	
☐ 8:00 LIB. DA VIA		☒ 2 Nº DE FERIDOS	
☐ 2:00 TERM. OCOR.		☐ Nº DE MORTOS	
IV - NATUREZA			
☐ ATROPELAMENTO ☐ PEDESTRE ☐ ANIMAL			
☐ ABALROAMENTO ☐ LOGINTUDINAL ☐ TRANSVERSAL			
☒ COLISÃO ☒ FRONTAL ☐ TRASEIRA			
☐ CHOQUE ☐ OBJETO FIXO ☐ VEÍCULO PARADO			
☐ CAPOTAMENTO ☐ TOMBAMENTO ☐ OUTROS			
V - CONDIÇÕES / CIRCUNSTÂNCIA			
ACID. VERIFICADO COND. VIA CONS. DA VIA COND. TEMPO SEMÁFORO SINALIZAÇÃO			
☒ LONGO DA VIA ☒ SECA ☒ PERF. ESTADO ☒ BOM ☐ S/DEFEITO ☐ PERF. ESTADO			
☐ CRUZAMENTO ☐ MOLHDA ☐ MAL ILUMINADA ☐ CHUVOSO ☐ C/DEFEITO ☐ NÃO EXISTE			
☐ VIADUTO ☐ OLEOSA ☐ MAL CONSERV. ☐ NUBLADO ☐ DESLIGADO ☒ ILEGÍVEL			
☐ GIRATÓRIA ☐ OUTROS ☐ ☒ NÃO EXISTE ☐ INCOMPLETA			
VI - CONTROLE DE TRÁFEGO			
AGENTE PLACA "PARE" MÃO DE DIREÇÃO DIVISÃO DA VIA			
☐ AGENTE ☐ PLACA "PARE" ☐ ÚNICA ☒ FAIXA			
☐ F. DE PEDESTRE ☐ PLACA "DE A PREF." ☒ DUPLA ☐ CANTEIRO			
☐ F. DE RETENÇÃO ☒ NÃO HÁ PLACAS ☐ INGLESA ☐ NÃO EXISTE			
☐ NÃO EXISTE ☐ FAIXA DE PEDESTRE			
VII - IDENTIFICAÇÃO			
INFRAÇÃO COMETIDA: CÓDIGO: *****			
MARCA/MODELO: HONDA XR 250 TORNADO COR: ANO: 2008 PLACA/UF: KLY9063			
MUNICÍPIO: SÃO LOURENÇO DA MATA CHASSI: 9C2MD34008R020282 RENAVAN: 9673443552			
CONDUTOR: YURE ALEXANDRE P. R. DE SOUZA GRAU DE INST.: SEXO: M IDADE: 25			
R.G./UF: 8899635 SDS/PE C.P.F.: CNH/PRONT.Nº:			
CNH.CEDULA.Nº: UF: CAT.: VALIDADE: HS. DIREÇÃO:			
LOGRADOURO: 2ª TRAVESSA DA GUANABARA N 42 Nº CEP: *****			
BAIRRO: ALBERTO MAIA CIDADE: CAMARAGIBE UF: PE			
PROPRIETÁRIO: EDINALDO MENDES DE ARAUJO CPF/CNPJ:			
LOGRADOURO: Nº CEP: *****			
BAIRRO: CIDADE: SÃO LOURENÇO DA MATA UF:			
ARRENDAMENTO MERCANTIL CPF/CNPJ: 906.395.104.34			
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****			
APARÊNCIA			
☐ NORMAL			
☐ SOB ESTAFA			
☒ ALCOOLIZADO			
☐ SOB TÓXICO			
COMPORTAMENTO			
☒ PERMAN. NO LOCAL			
☐ SOCORR. A VÍTIMA			
☐ EVADIU-SE			
☐ USAVA CAPACETE			
TESTE DO BAFÔMETRO			
☐ REALIZADO/LOCAL			
☐ ENCAM. PARA EXAME			
☐ NÃO REALIZADO			
INFRAÇÃO COMETIDA: CÓDIGO: *****			
MARCA/MODELO: FIAT PUNTO COR: BRANCA ANO: 2016 PLACA/UF: PCZ9064			
MUNICÍPIO: SÃO LOURENÇO DA MATA CHASSI: 9BD11818MG1338244 RENAVAN: 1084066006			
CONDUTOR: CÉZAR DARIO PEREIRA DA SILVA GRAU DE INST.: SEXO: M IDADE: 27			
R.G./UF: C.P.F.: CNH/PRONT.Nº:			
CNH.CEDULA.Nº: 014831239-32 UF: PE CAT.: AB VALIDADE: 18/08/2023 HS. DIREÇÃO:			
LOGRADOURO: Nº CEP: *****			
BAIRRO: CIDADE: SÃO LOURENÇO DA MATA UF: PE			
PROPRIETÁRIO: CPF/CNPJ: 58067868468			
LOGRADOURO: Nº CEP: *****			
BAIRRO: CIDADE: UF:			
ARRENDAMENTO MERCANTIL CPF/CNPJ: *****			
☒ LIBERADO ☐ REMOVIDO LOCAL: *****			
APARÊNCIA			
☒ NORMAL			
☐ SOB ESTAFA			
☐ ALCOOLIZADO			
☐ SOB TÓXICO			
COMPORTAMENTO			
☒ PERMAN. NO LOCAL			
☐ SOCORR. A VÍTIMA			
☐ EVADIU-SE			
☐ USAVA CAPACETE			
TESTE DO BAFÔMETRO			
☐ REALIZADO/LOCAL			
☐ ENCAM. PARA EXAME			
☒ NÃO REALIZADO			

CAMARAGIBE (GSTRAN)
JOSÉ DIONÉZ DOS SANTOS-MAT. 1044

Confere com o original

EFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE - SESCIMOB Diretoria de Trânsito - D.T. 408/01/201809:11Plan1

SECRETARIA DE SEGURANÇA CIDADÃ E
MOBILIDADE URBANA - CAMARAGIBE-PE
BGTRAN 15.01.2015
JOSE DÍONEZ DOS SANTOS - MAT. 1044





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO Nº 44120-7

CATEGORIA	V1	V2	V3	V4	ESPÉCIE	V1	V2	V3	V4	TIPO	V1	V2	V3	V4	TIPO CONTINUA	V1	V2	V3	V4
OFICIAL					PASSEGEIROS	X	X	X		AUTOMÓVEL		X			CAMINHÃO				
PARTICULAR	X	X	X		MISTO					CAMINHONETE					ESCOLAR				
ALUGUEL					CARGA					CAMIONETA					MICRO-ÔNIBUS				
REPRESENTAÇÃO					ESPECIAL					TÁXI					MOTOCICLETA	X		X	
EXPERIÊNCIA					OUTROS					ÔNIBUS					MOTONETA				
															BICICLETA				

	UNIDADE	V1	V2	V3	V4
MARCAS DE FRENAGEM MEDEM	METRO(S)	*****	*****	*****	*****
RODAS QUE TRAVARAM	QUANTIDADE	*****	*****	*****	*****
DIST. PERCORRIDA APOS ACID.	METRO(S)	*****	*****	*****	*****
VELOC. QUE TRANS. (SEC/COND.)	Km(S)	*****	*****	*****	*****
VELOC. MAX. PERMIT. P/ LOCAL	Km(S)	*****	*****	*****	*****

	DESCRIÇÃO	V1	V2	V3	V4	V5

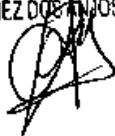
XII - VITIMAS

1	NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
END: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****	
Ocupação: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****	GRAVIDADE: *****	
TIPO DE VEÍCULO: *****	☐ USAVA CINTO ☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA ☐ OUTROS: ***** ☐ USAVA CAPACETE ☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL: *****		
2	NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
END: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****	
Ocupação: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****	GRAVIDADE: *****	
TIPO DE VEÍCULO: *****	☐ USAVA CINTO ☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA ☐ OUTROS: ***** ☐ USAVA CAPACETE ☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL: *****		
3	NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
END: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****	
Ocupação: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****	GRAVIDADE: *****	
TIPO DE VEÍCULO: *****	☐ USAVA CINTO ☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA ☐ OUTROS: ***** ☐ USAVA CAPACETE ☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL: *****		
4	NOME: *****	IDADE: *****	RG/UF: *****
END: *****	BAIRRO: *****	CIDADE: *****	
Ocupação: *****	GRAU DE INSTRUÇÃO: *****	GRAVIDADE: *****	
TIPO DE VEÍCULO: *****	☐ USAVA CINTO ☐ ATRAVESSAVA NA FAIXA ☐ OUTROS: ***** ☐ USAVA CAPACETE ☐ ENCAMINHAMENTO AO HOSPITAL: *****		

CAMARAGIBE (RGTRAN)
JOSE DIONEZ DOS SANTOS-MAT. 1044

Confere com o original
15/01/2018

SECRETARIA DE SEGURANÇA CIDADÃ E
MOBILIDADE URBANA - CAMARAGIBE-PE
BGTRAN 15/01/20
JOSÉ DIONÉZ DOS ANJOS - MAT. 1044





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE
Secretaria de Segurança Cidadã e Mobilidade
Diretoria de Trânsito - Divisão de Análise e Controle de Estatísticas
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO



XIII - DIAGRAMA DAS AVARIAS

EM ANEXO

XIV - CROQUI

EM ANEXO

XVI - DESCRIÇÃO APARENTES DAS AVARIAS

SR LIVINGSTONE TRAJANO DE SANTANA, SOCORRIDO MT- 88005058-3 EDSON RODRIGUES SAME, CAMARAGIBE
REPASSO A V3 AO SR PAULO TRAJANO DE SANTANA, 105605934 ASS: O INDIVÍDUO DA V1 FOI AUTUADO NA 37
DELEGACIA POR ALCOLEMIA, FICANDO CUSTODIADO NA UPA DA CAXANGA SENDO TRANSFERIDO AO HOSP
GETULIO VARGAS. A VITIMA EZEQUIEL FREIRE DA SILVA FOI SOCORRIDO POELO BOMBEIRO MILITAR VT
AR626 AB AMITON MT- 707049-7A UPA DA CAXANGA

XVII - TESTEMUNHAS

1.T - NOME: _____ CPF.N.º: _____
RG.N.º: _____ IDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____
LOGRADOURO: _____ N.º: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____
2.T - NOME: _____ CPF.N.º: _____
RG.N.º: _____ IDADE: _____ OCUPAÇÃO: _____
LOGRADOURO: _____ N.º: _____ BAIRRO: _____
CIDADE: _____ CEP: _____ FONE: _____

XVIII - NOTIFICAÇÃO

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
19/12/2017	0.00786.1	ANTONIO SERGIO	CONFORME ORIGINAL

XIX - DIGITAÇÃO

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
08/01/2018	0.0001053	MARIA DA CONCEIÇÃO ROCHA	

XX - TRIAGEM

DATA:	MATRICULA:	NOME:	ASSINATURA:
08/01/2018	0.0001044	JOSÉ DÍONEZ	CAMARAGIBE (SICRAN) JOSÉ DÍONEZ 003 AN. 1044

Confere com o original

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMARAGIBE - SESCIMO

1209/01/201809:16Plan3

SECRETARIA DE SEGURANÇA CIDADÃ E
MOBILIDADE URBANA - CAMARAGIBE-PE
BGTRAN 15/01/2018
JOSÉ DIONÉZ DOS ANJOS - MAT. 1044



DECLARAÇÃO DO CONDUTOR
ANEXO AO BOAT Nº 443 / 17

Descreva abaixo como ocorreu o acidente:

1) VEICULO MOTO HONDA PLACA KLY-9063 ANTES DO ACIDENTE BATEU NA FRAZEA DO VEICULO PUNTO-PCZ-9064 MAIS A FRENTE O VEICULO MOTO FUGIU DO LOCAL OS MEMBROS ACENHAM QUE ESTAVA ARMADO, MAIS NAO ESTAVA E FUEIRAM MAIS NA FRENTE ENTRARAM NA CONTRA MÃO E BATERAM EM UMA MOTO PEA 2792.

CEZAR DARIO P DA SILVA 098.776.894.80 8675.445.

81.996.776.375 PCZ-9064 19/12/2017 17:00HS

Cezar Dario P. da Silva

Casa, 17/12/2017

Confere com o original
12/12/2017

CAMARAGIBE (BOATMAN)
JOSÉ DÍONEZ DOS SANTOS MAT. 1044

SECRETARIA DE SEGURANÇA CIDADÃ E
MOBILIDADE URBANA - CAMARAGIBE-PE
BGTRAN 15/01/2018
JOSÉ DIONÉZ DOS ANJOS - MAT. 1044



03

01

04

Microfilm

Microfilm

DE ACORDO

C/ ART 178

DO CTS

Confere com o original
12.01.2018

CAMARAGIBE (E-TRAN)
JOSÉ DIONÉZ DOS SANTOS MAT. 1044

[Handwritten signature]

Microfilm

03
01
04

Microfilm

Microfilm

Microfilm

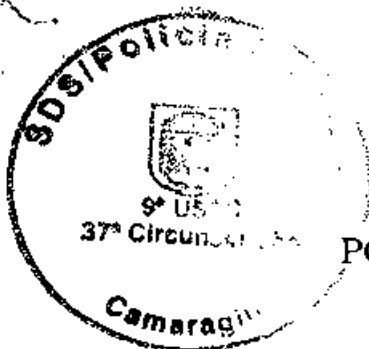
Microfilm

Microfilm



SECRETARIA DE SEGURANÇA CIDADÃ E
MOBILIDADE URBANA - CAMARAGIBE-PE
BGTRAN *[Handwritten Signature]*
JOSÉ DIONÉZ DOS ANJOS - MAT. 1044





40327/18

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
37ª. CIRCUNSCRIÇÃO – CAMARAGIBE

Ofício nº. **582/2018-SA**
BO nº **18E0128001124**

Camaragibe, 26 de setembro de 2018.

Senhor Gerente,

Pelo presente, solicito de V. Sa., providências no sentido de ser procedido o competente **EXAME TRAUMATOLOGICO** na pessoa abaixo qualificada:

NOME: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

DATA DE NASCIMENTO: 20/11/1989

RG nº 8190291 SDS/PE

NACIONALIDADE: BRASILEIRA.

FILIAÇÃO: Não Declarado e Claudeci Trajano de Santana

RESIDÊNCIA Rua Severino Miguel de Moura, nº s/n, Sítio dos Pintos, Camaragibe/PE.

Esclareço a V. Sª. que a vítima sofreu um acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 19/12/2017 em Estrada de Aldeia, Camaragibe/pe conforme BO acima mencionado.

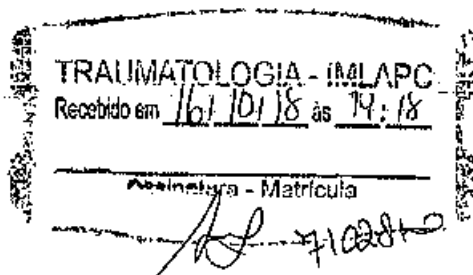
O laudo deverá ser remetido a DELEGACIA DE POLÍCIA DA 37ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE

Atenciosamente,


Euricélia Batista Nogueira
Delegada de Polícia
Mat. 296.049-4

Sr.

Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha
Rua do Pombal, Santo Amaro – Recife/PE.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0127001124

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/02/2018** às **11:45**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/12/2017** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA DE ALDEIA, 1, KM 07, ESTRADA DE ALDEIA - Bairro: ALDEIA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (VÍTIMA)

Boletim de ocorrência



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA

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

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CLAUDECI TRAJANO DE SANTANA Pai: NÃO DECLARADO Data de Nascimento: 20/11/1989 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CAMARAGIBE, 65, RUA SEVERINO MIGUEL DE MOURA, SÍTIO DOS PINTOS, PROXIMO AO CAMPO - CEP: 0 - Bairro: JARDIM PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFA2792 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustível: **ALCO/GASOL**



MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CEZAR DARIO PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XLX 250R** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLY9063** (PERNAMBUCO/SAO LOURENCO DA MATA) Chassi: **9C2MD34008R01020Z**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

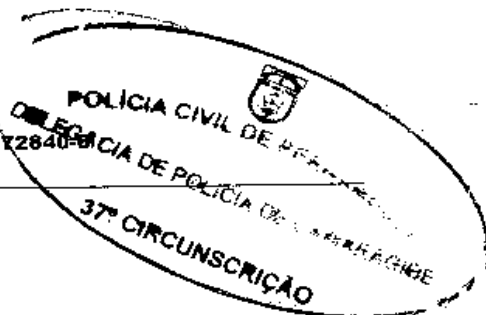
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO SUA MOTO NO KM 07 DA ESTRADA DE ALDEIA, QUANDO VEIO EM ALTA VELOCIDADE O AUTOR, JÁ FUGINDO DE OUTRA SITUAÇÃO, E, AO SOBRAR NA CURVA, VEIO ATINGIR A VITIMA. O AUTOR FOI AUTUADO POR ALCOOLEMIA NESTA DELEGACIA LOGO A SEGUIR. A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU PARA A UPA DA CAXANGA, E LOGO EM SEGUIDA, SEM TER DADO ENTRADA, FOI PARA O HOSPITAL DO ESPINHEIRO, ESTE DO SEU PLANO DE SAUDE. NESTE HOSPITAL DEU ENTRADA COM ATENDIMENTO: 14689217. TENDO A VITIMA FICADO EM INTERNAMENTO COM FRATURAS DE FALANGES. TAMBEM LESIONOU O JOELHO, AINDA VAI FAZER RESSONANCIA PARA AVERIGUAR O GRAU DA LESAO. AINDA LESIONOU O PE DIREITO FICANDO INCHADO.

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

x LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
(VITIMA)

[Assinatura]
B.O. registrado por: **ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA** - Matrícula: **212840-8**





**SAMU
192**

**PREFEITURA DE CAMARAGIBE
SECRETARIA DE SAÚDE
SAMU 192 – BASE DE CAMARAGIBE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o paciente, Livistone Trajano de Santana RG: 8.190.291 SDS-PE, foi atendido pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência- SAMU 192 – Base Camaragibe, no dia 19/12/2017, vítima de colisão moto x moto, em Aldeia no KM 07, no Município de Camaragibe – PE, em seguida foi removido para UPA da Caxangá, e gerada a ocorrência de Nº S.418403.

Camaragibe, 05 de Janeiro de 2018.

Comprovação de ato declaratório



Glenda Sheila
Coordenadora do SAMU
COREN-PE 39622/20
Glenda Sheila de Melo
ENFERMEIRA

Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192
Base Descentralizada Camaragibe

Rua Pío XII, Nº 555, Barro Novo, Camaragibe-PE, -CEP 54762-620



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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03017

CONTA: 000000077741-5

Nr. da Autenticação 40BD10D66C2E41CA



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Leirivstone Trajano de Santana

RG nº 8190291, data de expedição 26/07/11, Órgão SDS-PE

CPF nº 095908914-46, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Vereador Petrus Camara</u>
Número	<u>16</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Sítio dos Pintos</u>
Cidade	<u>Recife</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>52171-445</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 988614575</u>
E-mail	

Comprovante de residência



Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: São Lourenço da Mata, 04/10/2019

Assinatura do Declarante: Leirivstone Trajano de Santana

889800413





Fatura Mensal

(Pág.: 01/02)

ibCard

m m CTC RECIFE PE PLS

ALEXANDRE TRAJANO DE SANTANA
RUA VEREADOR PETRUS CAMARA 00016
SITIO DOS PINTOS
52171-445 RECIFE PE

Cartão 5342.46**.*0049



7209039539411090000000168330270810

DT. POST.: 27/08/2019 - DT. VENC.: 07/09/2019



IBICARD IBI MASTERCARD NACIONAL EI
Vencimento 07/09/2019
Previsão para fechamento da próxima fatura é dia 24/09

Central de Atendimento

REG. METROPOLITANAS E PRINCIPAIS CAPITAIS 4004-0127
OUTRAS LOCALIDADES 0800-7010127

Limites de Créditos			
Compras R\$ 2.820,00	Seque R\$ 766,00	Parcelado* R\$ 0,00	
Juros Remuneratórios	% a.m.	% a.a.	CET a.a.
Crédito rotativo	15,50%	463,62%	498,61%
Parcelado rede	7,99%	151,54%	167,05%
Parcelado loja	7,99%	151,54%	167,05%
Retirada/seque m	13,50%	357,04%	385,28%
Parcelamento da fatura	13,50%	357,04%	385,28%
(*) Será cobrada tarifa de até R\$ 16,00 por operação.			
* Multa	2,00% a.m.		
* Juros de mora	1,00% pro rata		
Taxa máxima de juros para a próxima fatura 14,60 % * CET ao ano 439,17 %			
* Serviços com incidência de IOF Adicional (0,38%) e IOF Diário (0,0082%).			

Data	Descrição	Crédito	Débito
07/08	Saldo Anterior		770,47
Movimentações Nacionais em Reais (R\$)			
ALEXANDRE T SANTANA N° 5342.46**.*0049			
25/03	ANUIDADE TITULAR	06/12	11,89
27/03	CB FL 2116 CAMARAGIBE CAMARAGIBE	05/06	32,09
27/04	FIGUEIRAS CALÇADOS CAMARAGIBE	04/10	55,49
27/04	O SOTICARIO CAMARAGIBE	04/05	34,14
02/05	PAG*Jdprimevera CAMARAGIBE	04/10	44,00
08/05	PETROCAL IPATINGA RECIFE	03/03	39,33
15/05	PET GATI RECIFE	03/04	85,00
29/05	F INDEP LOJA CAMARA CAMARAGIBE	02/05	23,42
29/05	PHOTOSHOP IMAGEM E VID CAMARAGIBE	02/02	25,50
09/07	C L BATISTA FARMACIA M CAMARAGIBE	02/02	23,36
24/07	MERCADINHO PRIMAVERA CAMARAGIBE		5,87
25/07	GENFARMA CAMARAGIBE		9,00
25/07	MERCADINHO MAX CARMELO CAMARAGIBE		19,99
26/07	MERCADINHO PRIMAVERA CAMARAGIBE		4,85
26/07	FARMACIA P TRAS CAMARAGIBE		6,50
26/07	PAG*TsorigConfecoes CAMARAGIBE		54,80
27/07	MERCADINHO PRIMAVERA CAMARAGIBE		17,39
27/07	FRIGORIFICO PRIMAVERA CAMARAGIBE		44,24
27/07	POT VOLTA AO MUNDO 2 CAMARAGIBE		20,00
27/07	PLANO 01 RIO DE JAN		39,88
28/07	PAGAMENTO RECEBIDO - OBRIGADO	770,47	

Juros de Juros Parcelado de Compra R\$ 0,00
Juros de Juros Parcelado de Saldo R\$ 0,00
Juros de Juros Parcelado/Parcelado Fácil R\$ 0,00

Saldo Anterior (R\$)	Crédito a Pagamento	Débitos	Total Nacional	TOTAL DESTA FATURA	PAGAMENTO PARCELAMENTO DA FATURA
770,47	770,47	726,46	726,46	R\$ 726,46	R\$ 117,00
Saldo Interacional (US\$)	Cotação Dólar	Data de Cotação (US\$)	Total Interacional		
0,00	0,00		0,00		

11/36X

Em caso de pagamento inferior ao valor total, haverá cobrança de encargos do crédito rotativo apontados nesta fatura, incidentes sobre a diferença entre o valor total e o pago. No caso de pagamento mínimo, na próxima mês serão cobrados encargos contratuais de até R\$ 39,37. Se já optou pelo rotativo no mês anterior e o pagamento desta fatura for inferior ao total, o saldo remanescente poderá ser parcelado em até 24 vezes. Dívidas, consulte a Central de Atendimento. Encargos financeiros geram cobrança de impostos (incluindo IOF).

Bradesco 237-2 23792.37403 90210.791324 02007.649003 1 00000000000000

Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço				
ALEXANDRE TRAJANO DE SANTANA /021.744.424-50				
/RUA VEREADOR PETRUS CAMARA ,00016/SITIO DOS PINTOS /RECIFE -PE/52171-445				
Secador/Assinatura				
Nosso Número	Nº do Documento	Data de Vencimento	Valor do Documento	(*) Valor Pago
02107913202	00002353	07/09/2019	R\$ 726,46	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço				
BANCO CBSS S/A CNPJ:27.086.050/0001-45 / Alameda Rio Negro, 161 - 1º andar - Alphaville - Barueri - SP.				
Agência/Código do Beneficiário			Autenticação Mecânica	
2374/0076490-6				
SAC: 0800 833 8735 / SAC Deficiente Auditivo: 0800 333 8736 / Ouvidoria : 0800 333 1474				

Bradesco 237-2 23792.37403 90210.791324 02007.649003 1 00000000000000

Local de Pagamento					Data de Vencimento	
TODA A REDE BANCARIA E LOJAS IBI					07/09/2019	
Nome do Beneficiário/CNPJ/CPF/Endereço					Agência/Código do Beneficiário	
BANCO CBSS S/A CNPJ:27.086.050/0001-45 / Alameda Rio Negro, 161 - 1º andar - Alphaville - Barueri - SP.					2374/0076490-6	
Data do Documento	Nº do Documento	Especie DOC	Assinatura	Data Processamento	Nosso Número	
07/09/2019	00002353	RECIBO	N	26/08/2019	02107913202	
Uso do Banco	Carteira	Especie	Quantidade	xValor	(*) Valor do Documento	
244	09	R\$			R\$ 726,46	
Informações de responsabilidade do beneficiário					(-) Desconto/Abatimento	
CIP - 000					*****	
PAGAVEL PREFERENCIALMENTE NAS LOJAS IBI OU EM QUALQUER AGENCIA					(+/-) Juros/Multa	
BANCARIA. OS ENCARGOS PROVENIENTES DE PAGAMENTO ROTATIVO OU DE					*****	
ATRASO, SERAO COBRADOS NA PROXIMA FATURA.					(+/-) Valor Pago	
SR CAIXA: RECEBER ATÉ 22/09/2019. APÓS ESTA DATA, PAGAVEL SOMENTE NAS						
LOJAS IBI OU AGENCIAS DO BANCO BRADESCO.						
Nome do Pagador/CNPJ/CPF/Endereço/Cidade/UF/CEP						
ALEXANDRE TRAJANO DE SANTANA /021.744.424-50/RUA VEREADOR PETRUS CAMARA ,00016/						
/SITIO DOS PINTOS /RECIFE -PE/52171-445						
Secador/Assinatura/CNPJ/CPF						
237910000000000000002374090210791320200764900						

Autenticação Mecânica - Ficha de Compensação



FICHA DE REGISTRO INTERNAÇÃO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
14689217



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

30/12/2017 14:53:55

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
9420787	LIVISTONE-TRAJANO DE SANTANA	M	20/11/1989	28
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	9590891448		1-CASADO	
Endereço				
R PROFESSOR NESTOR BEZERRA 266 VARZEA RECIFE-PE CEP:50950150				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
		CLAUDECI TRAJANO DE SANTANA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Documentação médico - hospitalar



Setor			
300360-RECEPCAO EMERGÊNCIA - HE			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
20/12/2017	09:21		
Médico Atendente			Clinica
1434063 LUIZ MARCELO CORREIA JÚNIOR			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1434063 LUIZ MARCELO CORREIA JÚNIOR			8 DAYCLINIC INTERNAÇÃO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
3002-HAPVIDA	AUTO NORTE DISTRIBUIDORA DE PECAS LTDA
Carteira	Validade
B4488080107000011	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito

N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
11105514	99996666	C56595045	INTERNAÇÃO
11105514	30722411	C56595045	FRATURAS DE FALANGES OU METACARPIANOS - TRATAMENTO CIRURGICO C/ FIXAÇÃO
11105753	32030126	I83468582	MAO OU QUIRODACTILOS

R4310RI - BRUNA DANIELLY ALVES MACEDO



ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - ME

20/12/2017 00:48

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA	Idade: 20/11/1989	Atendimento: 14689217	Prontuário: 9420787
Convênio: HAPVIDA	Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 300541/1	
Profissional(is): ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS, MFCO CRM 24796	Nº: 07147217	20/12/2017	às 00:46
DIAGNOSTICO:			
Diagnóstico Clínico	S626		[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S626		[1]
DADOS DA CIRURGIA:			
Data Da Cirurgia	20/12/2017		[1]
Hora Da Cirurgia	00:46		[1]
Cirurgia	OSTEOSSINTESE DE FRATURA DE FALANGE COM PINAGEM INTRAMEDULAR		[1]
Cirurgião	DR LEONARDO PINHEIRO		[1]
Anestesiata	DR ALEXANDRE REIS		[1]
Instrumentador	CLAUDIA PATRICIA		[1]
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA LOCAL 02. ASSEPSIA, ANTI-SEPSIA, CAMPOS CIRURGICOS 03. REDUÇÃO DA FRATURA COM TRAÇÃO 04. FIXAÇÃO COM 2 FIOS-K INTRAMEDULARES ENTRANDO PROXIMAL EM F1 DO 3o QD 05. RADIOSCOPIA DE CONTROLE OK 06. CURATIVO + SPLINT METALICO		[1]

Leonardo Pinheiro
TRAUMATO-ORTOPEDIA
CIRURGIA DA MÃO
CEL 11.834.7.0007 10.572



Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA		Dt. Nasc.: 20/11/1989		Atendimento: 14689217		Prontuário: 9420787	
Convenio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 8651869		20/12/2017 às 00:42			
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE		Leito: 300541/1		Peso: 85.00 kg			
1. DIETAJERAL-ADULTO / PARA A IDADE				24/24h ORAL			
2. Hidratação Venosa Fase Única		Vol. Total: 1000 ml		14.00 gts/min		Acesso Periférico	
RINGER COM LACTATO		35.21 ml/kg/vol		1000 ml			
3. CEFALOTINA (1.00g)		1 g		1 FRAP(C/1GR)		6/6h EV	
Soro Fisiológico 0.9%		100 ml					
4. PLAMET (5.00mg/ml)		10 mg		2 ML (AMPL C/10MG)/8h		EV	
Água Destilada		18 ml					
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)		1000 mg		2 ML (AMPL C/500MG)/6h		EV	
Água Destilada		18 ml					
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		50 mg		1 ML (AMPL C/50MG)/8h		EV SN	
Soro Fisiológico 0.9%		50 ml					
7. OMEPRAZOL (40.00mg)		40 mg		1 FRAP(C/40MG)		24/24h EV	
Água Destilada		18 ml					
8. TETANOGAMMA (250.00UI/ml)		250 UI		1 ML (AMPL C/250UI)/hora		IM	
						APLICAR 01 AMP IM DOSE UNICA	
9. CURATIVO MEDIOSE GAZE ACOCHOADA							
10. LIGACAO C/ FIO CO							
11. SONDAS VITAIS							
12. CUIDADOS GERAIS							
13. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA							

Conrado Pinheiro
TRAUMATO-ORTOPEDIA
CIRURGIA DA MÃO
RUA 17, 89413001 13.515

RPI541

ALEXANDRE HENRIQUE FERREIRA

10.1.32.204

Mauberto Pinheiro
Enfermeiro
COREN: 609690

20/12/2017 00:44





Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:47:00

PRESCRIÇÃO MÉDICA - Apazamento

Página 1 de 3
Emissão 20/12/2017 00:55:08

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA		Dt. Nas.: 20/11/1989		Atendimento: 14689217		Prontuário: 9420787	
Convenio: HAPVIDA		Nº Prescrição: 0008651869		20/12/2017 às 00:42			
Posto: CENTRO CIRÚRGICO - HE		Leito: 300541/1		Peso: 85.00 kg			
PRESCRIÇÃO MÉDICA						HORÁRIOS	
1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE		24/24h		ORAL		06:00	
2. Hidratação Venosa		Fase Única		Vol. Total: 1000 ml		14.00 gts/min Acesso Periférico	
RINGER COM LACTATO		35.71 ml/Kcal/dia		1000ml		01:00	
3. CEFALOTINA (1.00g)		1g		1 FRAP (C/1GR)		6/6h EV	
Soro Fisiológico 0.9%		100 ml				07:00	
4. PLAMET (5.00mg/ml)		10mg		2ML (AMPL C/10MG)		8/8h EV	
Água Destilada		18 ml				03:00	
5. DIPIRONA (500.00mg/ml)		1000mg		2ML (AMPL C/500MG)		6/6h EV	
Água Destilada		18 ml				07:00	
6. TRAMADOL (50.00mg/ml)		50mg		1ML (AMPL C/50MG)		8/8h EV	
Soro Fisiológico 0.9%		50 ml				03:00	
7. OMEPRAZOL (40.00mg)		40mg		1 FRAP (C/40MG)		24/24h EV	
Água Destilada		18 ml				07:00	
8. TETANOGAMMA (250.00UI/ml)		250UI		1ML (AMPL C/250UI)		Agora IM	
						APLICAR 01 AMP IM DOSE ÚNICA	
9. CURATIVO MEDIO-SF+GAZE ACOCHOADA						06:00	
10. PUNÇÃO C/ JELCO						06:00	
11. SINAIS VITAIS		6/6h				06:00 : 12:00 : 18:00	
12. CUIDADOS GERAIS		6/6h				06:00 : 12:00 : 18:00	

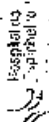
Janaína Amaral
CORSUF 336.818-5/17

10.1.32.203

20/12/2017 00:55

JAYNAINA SILVA DO AMARAL

RP-2-53



PRESCRIÇÃO MÉDICA - Aprazamento

Emissão: 20/12/2017 00:55:08

paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA	Dt. Nasc.: 20/11/1989	Atendimento: 14689217	Prontuário: 9420787
Convenio: HAPVIDA	Nº Prescrição: 0008651869	20/12/2017 às 00:42	
Posto: CENTRO CIRURGICO - HE	Leito: 300541/1	Peso: 85.00	kg
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HORÁRIOS	
13. CURATIVO COM ATADURA E GAZE		08:00	
ACOCHOADA PEQUENO			

Reservado para o SNO	Ass.
ENTEROFIX	

Legenda horário : ☐ Indica item não administrado.
 ☒ Indica item checado.

Junilson Junior
Médico
CRM 100000-000000000



Hospital do Espinheiro

Paciente: LUIZ STONE TRAJANO DE SANTANA
Data: 20/12/17

EVOLUÇÃO

HD:

Paciente evolui estável, sem queixas e sem intercorrências.

EF: EGB, a, a, a, hidratado, corado, consciente e orientado

ACV: RCR BNF 2T SS

AR: MV+ AHT SRA

AB: Inocente

CD: Suporte Clínico

Mantenho demais condutas

ALTA MÉDICA

Dr. José Adolfo Uri
Médico
CRM-PE 23077





PRESCRIÇÃO MÉDICA

Página 1 de 1

Emissão: 24/01/2018 15:52:56

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA	DT. Nasc.: 20/11/1989	Atendimento: 14889114	Prontuário: 9420787
Convênio: HAPVDA	Nº Prescrição: 8651667	19/12/2017 às 21:56	
Posto: PÓS-TO EMERGÊNCIA - HES	Leito: 300212/8	Peso: kg	
1. KEFAZOL (1.00g)	1g	1 FRAP (C/1GR)	Agora EV
Agua Destilada	10 ml		
2. KEFAZOL (1.00g)	1g	1 FRAP (C/1GR)	Agora EV
Agua Destilada	10 ml		
3. TRAMAL (50.00mg/ml)	100 mg	2 ML (AMPL C/100MG)	Agora EV
Soro Fisiológico 0.9%	100 ml		25.00 gts/ml
4. TETANOGAMMA (250.00UI/ml)	250 UI	1 ML (AMPL C/250UI)	Agora IM
5. SORO FISIOLÓGICO 0.9% (0.01g/ml)	500 ml	(TUBO G/9GR)	Agora EV
6. PUNÇÃO C/JELCO		Agora	
7. CURATIVO COM ATAQUE E CAZE ACOCCHOA		Agora	
8. ERATUBAS DE FALANGES OUMETACARPIANO	1	24/24h	
9. SUTURA SIMPLES		Agora	

RP1341

DANIL DE SOUZA BRANCO

24/01/2018 15:52

15.1.22.52

24/01/2018 15:54



NOME:	LIVISTONE TRAJANO
--------------	-------------------

RECEITUÁRIO MÉDICO PÓS-CIRÚRGICO

1) DAPIRONA (500mg) ----- 2 CARTELAS
Tomar 2 comp de 06 em 06 horas por 7 dias ou enquanto dor

-----OU-----

2) PARACETAMOL (500mg) ----- 2 CARTELAS
Tomar 1 comp de 06 em 06 horas por 7 dias ou enquanto dor

3) IBUPROFENO (400mg) ----- 1 CX.
Tomar 1 comp. de 08 em 08 horas por 5 dias para dor

>> RETORNO PARA REVISÃO NA PRÓXIMA TERÇA-FEIRA, A PARTIR DAS 11:00 HORAS, NA HAPCLÍNICA RECIFE, NA RUA DO ESPINHEIRO, MEDIANTE MARCAÇÃO PRÉVIA PRESENCIAL, OU REALIZADA POR ALGUM PARENTE COM A CARTEIRINHA DO USUÁRIO.

OBS.:

1. Não há necessidade de troca de curativo até o dia da revisão;
2. Manter o membro elevado;
3. Movimentar livremente os dedos;
4. Não tomar medicações em caso de alergia;
5. Qualquer problema procurar urgência do Hospital do Espinheiro.

Recife, 20 de dezembro de 2017


Leonardo Pinheiro
TRAUMATOLOGIA
CIRURGIA DA MÃO
CRM 17.884 / SBOT 13576

Dr. Leonardo Pinheiro
CIRURGIA MÃO / ORTOPEDIA
CRM 17.884 / SBOT 13576

Rua do Espinheiro, Nº 222, Espinheiro, Recife-PE,
Fone: (81) 2138-2964



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA-SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

24/01/2016 15:53

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA	Ot. Nasc.: 20/11/1989	Atendimento: 14689114	Prontuário: 9420787
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE	Leito: 300212/9	
Profissional(is): LUIZ MARCELO CORREIA JUNIOR CRM 19647 (1)	Nº: 07146360	19/12/2017	às 23:02
EVOLUÇÃO			
Evolução Ambulatorial Pós-Terapêutica		FRATURA EXPOSTA DO 3 QDD. FERIMENTO EM PÉ DIREITO DE + 1CM. REALIZADO, LIMPEZA + SUTURA + CURATIVO [1]	



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - HE

24/01/2018 15:53

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA Dt. Nasc.: 20/11/1989 Atendimento: 14689114 Prontuário: 9420787
Convênio: HAPVIDA Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE Leito: 300212/9

Profissional(is): LUIZ MARCELO CORREIA JÚNIOR CRM 19847 [1] Nº: 07145609 19/12/2017 às 21:53

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

ANAMNESE

Queixa Principal	RELATO DE ACIDNETE DE MOTO COM DOR EM MÃO E JOELHO DIREITO. NEGA DESMAIO, VÔMITOS, DOR DE CABEÇA, SEM DOR CERVICAL.	[1]
CID10	S626 FRAT DE OUTR DEDOS	[1]
DIAGNÓSTICO		
CID10	S626 FRAT DE OUTR DEDOS	[1]
CID10	S626 FRAT DE OUTR DEDOS	[1]



RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

ULTRA SOM SERVICOS MEDICOS LTDA - HE

20/12/2017 00:52

Paciente: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA	Dt. Nasc.: 20/11/1989	Atendimento: 14689217	Prontuário: 9420787
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE	Leito: 112-P2/2	
Profissional(is): ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS MEDICO ORV (1240410) Nº: 07147221 20/12/2017 às 00:49			
DIAGNOSTICOS			
CID10	S626 FRAT DE OUTR DEDOS		(1)
PROCEDIMENTOS CIRURGICOS			
Cirurgia Realizada	OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DE FALANGE COM PINAGEM INTRAMEDULAR [F1 DO 3o QDD]		(1)
Cirurgião	LEONARDO PINHEIRO		(1)
Data Da Cirurgia	20/12/2017		(1)
ORIENTAÇÕES GERAIS			
Orientações Diversas	1) RETORNO PARA REVISÃO NA PRÓXIMA TERÇA-FEIRA, A PARTIR DAS 11:00 HORAS, NA HAPCLÍNICA RECIFE, NA RUA DO ESPINHEIRO; 2) O RETORNO DEVERÁ SER MARCADO PRESENCIALMENTE, COM ANTECEDÊNCIA; 3) NÃO TROCAR CURATIVO 4) QUALQUER PROBLEMA PROCURAR A EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DO ESPINHEIRO; 5) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS; ALTA MÉDICA		(1)

Data - 26/12/017
horário - 18:25

Leonardo Pinheiro
TRAUMATO-ORTOPEDIA
CIRURGIÃO DE MÃO
CRM 11.884 RGO 11.575





Hospital do
Espinheiro
Traumato-Ortopedia e Cirurgia

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - HE

Nº Pedido: 8165464

Data 17/01/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 9420787 LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Nascimento...: 20/11/1989 Sexo: M

CPF.: 09590891446

Endereço...: R PROFESSOR NESTOR BEZERRA 266 VARZEA RECIFE PE 50950150 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B4488000107000011

Solicitante: Dr(a) FELIPE NUNES DA SILVA

Queixa Principal:

Exame:

RX MAO DIREITA

!1v3Ü8

1483169821

RELATÓRIO:

- Fios metálicos fixando fratura na diáfise da falange proximal do 3º dedo.

DANIELE CARDOSO DE AZEVEDO MELO - CRM 13063-PE

R7944

Impresso por: RUI LIMA

Em: 23/01/2018 13.12.34





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - HE

NºPedido: 8060095

Data 19/12/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 9420787 LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Nascimento...: 20/11/1989 Sexo: M

CPF.: 09590891446

Endereço...: R PROFESSOR NESTOR BEZERRA 266-VARZEA RECIFE PE 50950150 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B4488000107000011

Solicitante: Dr(a) LUIZ MARCELO CORREI

Queixa Principal:

Exame:

RX MÃO DIREITA

!1g~18'

1468911421

RELATÓRIO:

- Fratura complexa na falange proximal do 3º dedo sem desvios apreciáveis.

DANIELE CARDOSO DE AZEVEDO MELO - CRM 13063-PE





Hospital do
Espinheira
Traumatologia
Ortopedia e Cirurgia

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - HE

NºPedido: 8060095

Data 19/12/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 9420787 LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Nascimento...: 20/11/1989 Sexo: M

CPF.: 09590891446

Endereco...: R PROFESSOR NESTOR BEZERRA 286 VARZEA RECIFE PE 50950150 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B4488000107000011

Solicitante: Dr(a) LUIZ MARCELO CORREI

Queixa Principal:

Exame:

RX JOELHO DIREITO

!1g~19'

1468911422

RELATÓRIO:

- Ossos de morfologia e textura normais.
- Partes moles sem alterações radiológicas.
- Relações articulares normais.

DANIELE CARDOSO DE AZEVEDO MELO - CRM 13063-PE





Hospital do
Esqueleto
Imagem e Diagnóstico

DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIO X - HE

NºPedido: 8062286

Data 20/12/2017

Pag 1 de 1

Paciente...: 9420787 LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Nascimento...: 20/11/1989 Sexo: M

CPF.: 09590891446

Endereco...: R PROFESSOR NESTOR BEZERRA 266 VARZEA RECIFE PE 50950150 Tel.:

Convenio...: HAPVIDA

Matricula...: B4488000107000011

Solicitante: Dr(a) ALEXANDRE HENRIQUE

Queixa Principal:

FRATURAS DE FALANGES OU METACARPÍANOS - TRATAMENTO CIRÚRGICO C/ FIXAÇÃO

Exame:

RX MÃO DIREITA

!1gÄ4B

1468921731

RELATÓRIO:

- Fios metálicos fixando fratura na diáfise da falange proximal do 3º dedo.

DANIELE CARDOSO DE AZEVEDO MELO - CRM 13063-PE

R7944

Impresso por: SUZANARU

Em: 26/12/2017 11:16:10





COPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



EXAME COMPLEMENTAR Nº 27691 / 2019

REFERENTE AO LAUDO Nº / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037A. CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE
Ofício nº. 080 / 2019 Data 28 / 8 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037A. CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE

O médico legista abaixo-assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 08:10 do dia 28 de Junho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA filho(a) de PAI NÃO DECLARADO e de CLAUDECI TRAJANO DE SANTANA de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), aparentando a idade de 29 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de RECIFE - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 8190291, profissão CONFERENTE, vestes NÃO INFORMADO, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Colisão de moto com moto, no dia 19.12.2017, atendido na UPA e depois HAPVIDA. Operado com diagnóstico de fratura de falange proximal do 3º quirodáctilo da mão direita, e luxação do joelho direito. Portador de esclerose múltipla com grave do quadro após o acidente e dependendo de cadeira de rodas.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

DESCRIÇÃO: Cicatrizes antigas nas regiões dorso da falange proximal do 5º quirodáctilo da mão direita, medindo (02) dois, centímetros de extensão, e dorso do punho direito, medindo área de (8 x 5) oito por cinco centímetros de área. Cicatriz do do pododáctilo direito.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

CONCLUSÃO: Lesões corporais produzidas por instrumento contundente.
SIM, SEQUELA DA MÃO DIREITA.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periclando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

Sim, incapacidade para as ocupações habituais por mais de (30) trinta dias.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim, deformidade permanente da abdução do 3º quirodáctilo, da mão direita.

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periclando está restabelecido?

Sim.

Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 25/02/2021 17:47:00
2696606

Página 1 de 2



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr.(a). ANÍSIO COELHO DE MEDEIROS CORREIA -
CRM 4973.

Perito responsável

Assinatura
2696606

Assinatura
2696606



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190465412 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA **Data do acidente:** 19/12/2017 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA. PG13

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

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00





PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vitalina: *lo existente* *Tratado de Santa Ana*

Data do Acidente: 19/12/17	Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não	Nº CPF: 095908914-4
----------------------------	--	---------------------

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
 - Todos os documentos devem estar legíveis
 - Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoraiider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596;
- Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

· DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☒ Documentos médicos/hospitalares que demonstraram o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do INIL – ☒ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (fretebros e notas fiscais), conteúdo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (material e medicamentos), juntamente com os recibos dos médicos (originais)
- ☒ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE II

- ☐ Registro de ocorrência policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Carteira de identificação da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- INFORMAÇÃO DO CONJUGE (ESPOSO OU ESPOSA):**
☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples);
☐ Formulário do Pedido do Seguro PRIVAT (original)

INFIQÁRIO COMPANHIEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (copiar simples)

ENEFICIÁRIO COMPANHHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

☐ BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))
☐ Formulário do Pedido do Seguro PRIVAT (original)

- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

☐ FORTIFICADO AD PEDIDO DO SEGURO-DE-VIDA (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO(A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido ao Seguro DPVAT (original)
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
☐ Outros Documentos apresentados: _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome)

Quem é o portador? ☒ Mãe ☐ Pai ☐ Outro ☐ Não sabe

095905
除

E-Mail: francesca.maffei@univie.ac.at Tel.: +43 1 84 986 14 575

Date: 30/07/19

Assinatura: Tranquillo de Santis

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Abandono (Norte do ponto)

Standards

the same place in

Wavelength:

1

14:01:15.010

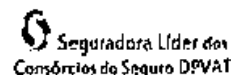
Data: 30107149

Assinatura

—



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267419/19
Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
CPF: 095.908.914-46
CPF de: Próprio
Data do acidente: 19/12/2017
Titular do CPF: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA : 095.908.914-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019
Nome: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
CPF: 095.908.914-46

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267419/19

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

CPF: 095.908.914-46

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 19/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA : 095.908.914-46

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019
Nome: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
CPF: 095.908.914-46

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267419/19

Número do Sinistro: 3190465412

Vítima: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

CPF: 095.908.914-46

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 19/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA : 095.908.914-46

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: 15/10/2019
Nome: LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA
CPF: 095.908.914-46

LIVISTONE TRAJANO DE SANTANA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/10/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

