



Número: **0001769-75.2020.8.17.3370**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Serra Talhada**

Última distribuição : **10/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DOMICIO BARROS JUNIOR (AUTOR)		ARIANNY INACIO DE OLIVEIRA MELO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
73263703	07/01/2021 10:02	<a href="#">ANEXO 1</a>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 11 de Dezembro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200420798**

**Vítima: DOMICIO BARROS JUNIOR**

**Data do Acidente: 22/08/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DOMICIO BARROS JUNIOR**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **DOMICIO BARROS JUNIOR**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **00000586-0**

Conta: **0000052422-0**

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

446.354.864-00

4 - Nome completo da vítima:

DOMÍCIO BARROS JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2011

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

13 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

446.354.864-00

9 - Nome:

3147

10 - Causa da morte:

14 - CEP:

56.403.070

15 - Tel.(DDD):

71.99442-1477

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ R\$1,00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DEPENDÊNCIA:

☒ ASSINANTE/DEPENDENTE

☐ REPRESENTANTE LEGAL/DEPENDENTE/INCAPAZ/DEPENDENTE/INCAPAZ

☒ CONTA POUANÇA (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:

586

CONTA:

52.422

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

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

☒ Declaro, sob as penas de Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Irmão ☐ Cônjuge ☐ Outros

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 reaturo(a) ou reator(a)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estendo ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de 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 o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SERRA TALHADA PE 21/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Domício Barros Junior





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC  
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267003767**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/11/2020** às **09:09**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **22/8/2020** às **20:15**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO GOMES DE LUCENA, 1, BR-232** - Bairro: **SAO CRISTOVAO**  
- **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **56909-235**  
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)  
EDIVALDO ALVES FERREIRA (OUTRO)  
DOMICIO BARROS JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**DOMICIO BARROS JUNIOR (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **CONCUELO SOUSA BARROS** Pai: **DOMICIO DA SILVA BARROS** Data de Nascimento: **22/5/1964** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2664088/SSP/PE (RG), 44635486400 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**  
Endereço Residencial: **AVENIDA ISIDORO CONRADO, 1147, BAIRRO CENTRO - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**EDIVALDO ALVES FERREIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDIVALDO ALVES FERREIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE)**

Placa: **PCH0354 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA)** Renavam: **111551119** Chassi: **9C2KC2200HR507579**  
Ano Fabricação/Modelo: **2017/NÃO INFORMADO** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

**NA DATA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE, DOMÍCIO BARROS JUNIOR, PARA COMUNICAR**





UM ATROPELAMENTO DO QUAL O MESMO FORA VÍTIMA. RELATA O SEGUINTE FATO: QUE, NA DATA E HORÁRIO POR ELE INFORMADOS, ELE TRANSITAVA PELO BAIRRO SÃO CRISTOVÃO NESTA CIDADE E, AO TENTAR ATRAVESSAR A RODOVIA BR-232, UMA MOTOCICLETA QUE FAZIA O SENTIDO BORBOREMA / SÃO CRISTOVÃO VEIO A ATROPELÁ-LO. QUE, COMO ESTAVA ESCURO NÃO PERCEBEU A REFERIDA MOTOCICLETA. QUE, NA OCASIÃO DO OCORRIDO NÃO SABE INFORMAR NADA SOBRE O CONDUTOR DO VEÍCULO, MAS APÓS SOLICITAR A CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 105 / 20 DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR HAVIA NA MESMA A IDENTIFICAÇÃO DA PLACA DA MOTOCICLETA SENDO A MESMA DESCRITA NESTE REGISTRO. QUE, OS BOMBEIROS PRESTARAM SOCORRO PARA A VÍTIMA AQUI PRESENTE E O LEVARAM PARA O HOSPAM ONDE O MESMO FORA ATENDIDO PELO MÉDICO PLANTONISTA, DR. RICARDO BRUNO, CONFORME COPIA DO BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA Nº 69 APRESENTADA PELO INTERESSADO AQUI PRESENTE. NADA MAIS, ENCERRO.

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

**DOMICIO BARROS JUNIOR**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**

(Liberado em 06/11/2020 às 09:46)



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:  
446.354.864-00

4 - Nome completo da vítima:  
DOMÍCIO BARROS JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2011

5 - Nome completo:

DOMÍCIO BARROS JUNIOR

6 - CPF:  
446.354.864-00

7 - Profissão:

Motorista

8 - Endereço:

ITZORNO CORADO

9 - Número:

3147

10 - Causa mortis:

CASA

11 - Bairro:

CENTRO

12 - Cidade:

SERRA TALHADA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.403.070

15 - E-mail:

71.99442-1477

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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 - DECLARAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE ☒ REPRESENTANTE LEGAL ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ REPRESENTANTE LEGAL ☐ REPRESENTANTE LEGAL

☒ CONTA POUQUANÇA (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:

586

CONTA:

52.422

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

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

☒ Declaro, sob as penas de Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Filho ☐ Irmão ☐ Cônjuge ☐ Outros

24 - Se a vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

26 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

27 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

28 - Vítima deixou reaturo(a) ou reaturo(a)?

☐ Sim ☐ Não

29 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

30 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

31 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha pais/avós, informar Vivos:

Falecidos:

☐ Sim ☐ Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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, estendo cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além de 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 o pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

SERRA TALHADA PE 21/01/2020

Domício Barros Junior

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



# BRADESCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237      AGÊNCIA: 2373-6      CONTA: 000000429200-6

---

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DOMICIO BARROS JUNIOR

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000052422-0

---

---

Nr. Autenticação

BRADESCO0912202005000000000023700586000000052422236250 PAGO



**CELPE****NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

DOMICÍLIO DATA: 09/09/20

CEP: 44635-604-00

**CLASSIFICAÇÃO**

BT RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Mortuária

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA ZILDIRIO CORREIA 1147

CENTRO-SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA-PE  
55903-090

7014438461

09/2020

16/09/2020

08/10/2020

44,98

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(MIN)-TUSD	42,0000000	0,46669745	19,68
Consumo Ativo(MIN)-TE	42,0000000	0,35429296	15,30
Distribuição FUNDAÇÃO TERRA - (08/7) 3821-1542			10,00

TOTAL DA FATURA

44,98





**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA**

Nº: 69/56

Data:	22.08.2020	Hora:	21:13
Nome:	Vitorico Barro Junior		
Nome Social:			
Nascimento:	22.05.1964	Sexo:	M
Escolaridade:	Profissão: Tático		
Mãe:	Responsável: Bombeiro		
Endereço:	Estado Civil: Solteiro		
Beiro:	União	Município:	B. F. A.
Cartão SUS:	Fone: 9.		
Raça/Cor:	RG/CPF:		
	Branca	Preta	Parda
		Amarela	Indígena

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**☐ VERMELHO☒ AMARELO☐ VERDE☐ AZUL

Situação/Queixa:

Transtorno no MID após acidente  
motociclístico (deformação e lesão  
surgimento local)

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow: 15

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fotograma:

DUPLO

Carimbo e Assinatura:

Paulo Cesar Ferraz  
Enfermeiro Emergência  
OREN-PE 238-943

**ATENDIMENTO MÉDICO**

História e Exame Físico:

paciente vítima de  
acidente de moto, vem  
trazido pelos familiares com  
história de trauma no MTO

Tratamento:

- Rx do MTO (R)  
- valterem - clonaz, 2mg  
- alprazolam - clonaz, 2mg

Hipótese Diagnóstica:

Politrauma

Carimbo e Assinatura:

Dr. Ricardo Lima  
MÉDICO  
OREN-PE 23409



## Relatório de Operação

Nome do Paciente Dennio Barros Junior Número do Registro 5347  
 Clínica \_\_\_\_\_ Número do Leito \_\_\_\_\_

Operador \_\_\_\_\_

1º Assistente \_\_\_\_\_

2º Assistente \_\_\_\_\_

Instrumentador \_\_\_\_\_

Anestesista \_\_\_\_\_

Anestesia \_\_\_\_\_

Duração \_\_\_\_\_

Data da Operação 23/08/2020

Início \_\_\_\_\_

Fim \_\_\_\_\_

Diagnóstico Pré-Operatório \_\_\_\_\_

FRATURAS DO OSSO DO DEDÃO

Diagnóstico Pós-Operatório \_\_\_\_\_

O NENHUM

Operação Proposta \_\_\_\_\_

FIXAÇÃO EXTERNA

Operação Realizada \_\_\_\_\_

O NENHUM

### DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- Anestesia

- ASSEIO

- FIXAÇÃO DO FIO DE EXTERNO LIGADO

- CURTIDO

Eduardo Antônio da Silva  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-PE 16122

## CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Exatão
Removido para o hospital:	<i>Hospital</i>	<i>Residência</i>	<i>Transferido</i>	<i>Exatão</i>
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura

## OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

*Rx - fratura de fêmur e  
fêmur*

Exames Solicitados:

- |                                      |                                    |                          |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma   | <input type="checkbox"/> UTR       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose     | <input type="checkbox"/> HIV       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Uréia       | <input type="checkbox"/> VDRL      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina  | <input type="checkbox"/> CKMB      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma   | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma  | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/> |

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:

## VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado à Vigilância Epidemiológica Hospitalar

*Localizado a família*

*Alfonso  
0506 7506*

P♦♦ReadBreak





DOMICIO BARROS JUNIOR Data de aquis.:14/09/2020  
Sex:Mascul. Hora de aquis.:08:44:08  
Data de nascimento:22/05/1964 Índice de exp.:1458  
ID: PAT016463

DOMICIO BARROS JUNIOR Data de aquis.:14/09/2020  
Sex:Mascul. Hora de aquis.:08:48:25  
Data de nascimento:22/05/1964 Índice de exp.:1582  
ID: PAT016463

-CEM  
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dir.

16cm

16cm

Digitalizado com CamScanner







ATESTADO

Data Emissão: 14/09/2020 09:35

CEM - CTO DE ESPECIALIDADES MEDICAS LTDA CNPJ:23834924000199 End: R. JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA TALHADA-PE CEP:58912450 F

O(A) paciente **DOMICIO BARROS JUNIOR**  
foi atendido(a) nesta unidade de serviços médicos em **31/08/2020**

Devendo:

- ☐ Voltar ao trabalho  
☐ Permanecer em repouso hoje  
☐ Permanecer em repouso por 90 dias

A partir de 14/09/2020

SERRA TALHADA, 14 DE SETEMBRO DE 2020

CID: S82.2

Ebenezer Antonio da Silva  
Ortopedista

**MÉDICO**  
EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM 15122-PE

**ESPECIALISTAS:**

- Traumatologista/Ortopedista
- Anestesista - Especializada em acupuntura, dor crônica e ondas de choque
- Ultrassonografia
- Medicina Ortomolecular
- Neurocirurgia

- Nutricionista
- Reumatologista
- Fisioterapeuta
- Cardiologista - Crianças e recém nascidos
- Hematologia e Hemoterapia
- Clínica Geral

Digitalizado com CamScanner





Digitalizado com CamScanner







Digitalizado com CamScanner



610

NASCIMENTO

22.05.64

INSCRIÇÃO NO CPF

446 354 864 00

CONTRIBUINTE

DOMICILIO EXIMUS JUNIOR

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR  
SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL





## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200420798 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DOMICIO BARROS JUNIOR **Data do acidente:** 22/08/2020 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 04/12/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA NA DIÁFISE DA TÍBIA E DA FÍBULA À DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO / HASTE INTRAMEDULAR). P.2/4  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

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



04/11/2020

SEI/GOVPE - 9521055 - CBMPE - Certidão de Ocorrência



Estado de Pernambuco  
Secretaria de Defesa Social  
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco  
CBMPE - 3ºGB - DOP



Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro cachoeira II, Serra Talhada/PE

SERRA TALHADA-PE, 28 de setembro de 2020.

CRISTIANO CORRÊA  
Ten Cel BM - Cmt do 3º GB

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA n° 105 / 2020 - 3ºGB - DOP**

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **DOMÍCIO BARROS JUNIOR (VÍTIMA)**, RG 2664088 SSP/PE, CPF 446.354.864-00, residente à Rua Isidoro Conrado, 1147, Centro, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, no que consta que foi deslocada a viatura AR 656 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 20:50h do dia 22 de agosto de 2020, comandada pelo TEN QOC/BM 720006-4 WLADIMIR JOSÉ LOPES MARTINS para uma ocorrência de APH (ATROPELAMENTO DE PEDESTRE), n.º B (1423727), sendo vitimado o solicitante, o qual declarou ter sido atropelado pelo veículo, marca/modelo, HONDA/CG 160 FAN ESDI, placa PCH-0354, vermelha; no momento em que transitava nas proximidades do Km 408 da BR 232, São Cristóvão, Serra Talhada-PE. A guarnição visualizou o veículo no local da ocorrência. A vítima apresentava a seguinte lesão aparente: ferimento no membro inferior direito. O mesmo foi socorrido e conduzido ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados da Enfa. **MONIQUE GONÇALVES**, COREN 300696, prontuário 69.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pelo SD QBMG 1/718149-3 JOSÉ HUMBERTO PEREIRA e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e certificada pelo Comandante da Unidade.

Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000248.000267/2020-46



Documento assinado eletronicamente por José Humberto Pereira, em 29/10/2020, às 10:32, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por Wamberg Rodrigues dos Santos, em 29/10/2020, às 11:24, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por Cristiano Correa, em 04/11/2020, às 10:27, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.

[https://sei.pe.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento\\_imprimir\\_web&acao\\_origem=arvore\\_visualizar&id\\_documento=11566411&infra\\_sistema=1](https://sei.pe.gov.br/sei/controlador.php?acao=documento_imprimir_web&acao_origem=arvore_visualizar&id_documento=11566411&infra_sistema=1) 1/2

Digitalizado com CamScanner



## Resultado do Relatório de Movimento de Veículos

Data: 06/11/2020  
Hora: 09:09:02SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
Delegacia de Polícia de Repressão ao Roubo e Furto de Veículos  
Informações do veículo de placa : PCH0354 [Gerar relatório em PDF.](#)

Nome proprietário: EDVALDO ALVES FERREIRA

CPF do proprietário:

UF: PE

Tipo: MOTOCICLETA

Espécie: PAS

Combustível: ALCO/GASOL

Marca / Modelo: HONDA/CG 160 FAN ESDI

Marca: HONDA

Cor: VERMELHA

Ano Fabricação: 2017

Município: SERRA TALHADA

Logradouro: RUA PROJETADA

Número: 111

Bairro: VARZEA

Cep: 56900-000

Complemento: CASA

Chassi: 9C2KC2200HR507579

Restrição:

AL. FID. ADM CONS NAC  
HONDA LTDA

Renavam: 1115511197

Licenciamento: R\$ 0,00

IPVA: R\$ 0,00

Seguro: R\$ 0,00

Bombeiro: R\$ 0,00

Conservação: R\$ 0,00

Taxas: R\$ 0,00

Multas: R\$ 0,00

Quantidade Multas: 0

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: R\$ 0,00

IPVA a vencer: R\$ 0,00

Total: R\$ 0,00

Situação Bin: NORMAL

B.O.

Ano B.O.

Placa

UF, Placa

Chassi

Tipo Movimento

Nova Pesquisa



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334398/20  
**Vítima:** DOMICIO BARROS JUNIOR  
**CPF:** 446.354.864-00  
**CPF de:** Próprio  
**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.  
**Data do acidente:** 22/08/2020  
**Titular do CPF:** DOMICIO BARROS JUNIOR

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

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

#### DOMICIO BARROS JUNIOR : 446.354.864-00

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](http://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: 23/11/2020  
Nome: DOMICIO BARROS JUNIOR  
CPF: 446.354.864-00

DOMICIO BARROS JUNIOR

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2020  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

