



Número: **0168743-67.2022.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **19/12/2022**

Valor da causa: **R\$ 12.825,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR (AUTOR)		THIAGO LUIZ CARNEIRO PEDROSA (ADVOGADO(A))	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (RÉU)		ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))	
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
12668 7364	27/02/2023 16:01	ANEXO 3	Documento de Comprovação

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1912 CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/12/2022

NUMERO DO DOCUMENTO: PAG_8197122

VALOR TOTAL: 675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00046

CONTA: 000000004364

Número da Autenticação

CC23E603C0F7178D



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220054637 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 02/08/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA 1º FALANGE DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS DE KIRSCHNER P.2)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO DO 2º QUIRODÁCTILO 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 MODERADO DO 2º QUIRODÁCTILO 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
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





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, 16 de Dezembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220054637

Vítima: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 02/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARNOLD CARLOS DA SILVA 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\$ 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: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000046

Conta: 000004364-0

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR**, prontuário nº **1181501**, admitido neste hospital em 02/08/2019 com diagnóstico de Fratura da primeira falange do 2º quirodáctilo da mão direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 08/08/2019.

Recife, 29 de Outubro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro: 653505 Prontuário: 1181501 Data de Nascimento: 05/09/84 Idade: 34 ANO(S)
Nome do Paciente: **ARNOLD CARLOS DA SILVA JÚNIOR (Laudo para Revisão)** Sexo: Masculino
Nome da Mãe: IRACI DE OLIVEIRA JANUARIO
CPF: 04903089452

Data: 07/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 07/08/2019-16:38

>>DIAGNÓSTICO >> FRATURA DE F1 DO 2º QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA
>>PROCEDIMENTO >> TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE F1 DO 2º QUIRODÁCTILO DA MÃO
DIREITA + REDUÇÃO + MANIPULAÇÃO ARTICULAR

CIRURGIÃO: Leonardo Pinheiro

// DESCRIÇÃO CIRÚRGICA //

1. Paciente em DDH sob bloqueio anestésico MS
2. Assepsia, anti-sepsia, campo cirúrgicos
3. Redução sob tração da fratura
4. Fixação percutânea com 2 fios-k 1.0 intramedulares sob controle radioscópico
5. Confirmado redução
6. Realizado manipulação articular
7. Curativo
8. Tala

Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM:17884





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:653505 Prontuário:1181501 Data de Nascimento:05/09/84 Idade:34 ANO(S)

Nome do Paciente:**ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:IRACI DE OLIVEIRA JANUARIO

CPF: 04903089452

Data: 07/08/2019

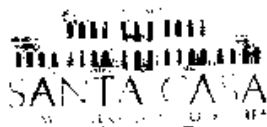
**MOTIVO DA ALTA
MELHORADO**

Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Leonardo Pinheiro
Carvalho
CRM: 17884

Leonardo Pinheiro
Carvalho
CRM: 17884





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412 3800 | Email: sta_casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:653505 Prontuário:1181501 Data de Nascimento:05/09/84 Idade:34 ANO(S)
Nome do Paciente:**ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:IRACI DE OLIVEIRA JANUARIO
CPF: 04903089452

Data: 07/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S62 - FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO I NOTA

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura da 1ª Falange do 2º Quirodáctilo da Mão Direita CÓDIGO: 0408020377

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura da 1ª Falange do 2º Quirodáctilo da Mão Direita + Redução + Manipulação Articular CÓDIGO:0408020377 / 0408020210 / 0408060158

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Leonardo Pinheiro	17884
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Nathalia Lins	23638
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

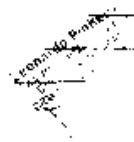
USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente carro X moto, resultando em Fratura da 1ª Falange do 2º Quirodáctilo da Mão Direita. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de correção cirúrgica.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA DEFESA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE MATERIAL
 CARTEIRA NACIONAL DE RESERVA

PE

NOME: **ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR**

SOC. CONTRATE / ÓRG. EMISSOR / UF: **6726899 SDS PE**

CPF: **049.030.894-52** DATA NASCIMENTO: **05/09/1984**

FILIAÇÃO: **ARNOLD CARLOS DA SILVA**
IRACI DE OLIVEIRA JARDI
ARIQ

PERMISSÃO: **RESERVA** ACC: **RESERVA** CAT. HAB: **AD**

Nº REGISTRO: **04622473266** VALIDADE: **29/11/2024** Nº HABILITAÇÃO: **06/08/2008**

RESERVAÇÕES:
 CPTCP
 CETVS
 MAR

Arnold Carlos da Silva Junior

SIGNATURA DO PORTADOR: **ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR** DATA EMISSÃO: **01/04/2022**

LOCAL: **RECIFE, PE**

Roberto Fontelles
 Diretor Administrativo

49864513668
 PE111561702

AGÊNCIA DO EXERCÍCIO: **PERNAMBUCO**

DESAIFAN CONTRAN

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2325484270

PROIBIDO PLASTIFICAR
2325484270



PROCURAÇÃO

Outorgante: Amuel Carlos da Silva Junior, Brasileiro(a), Estado Civil Solteiro, Profissão Motoricista, Residente e domiciliado à Rua Bages, nº 180, Bairro Mustardinha, Município de: Peixe, Estado PE, Cep. 50760-170, Rg nº 6728899, órgão emissor SDS / PE e CPF nº 049030894-52

Outorgado(a): **Juliana Maria da Silva Nascimento**, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Amuel Carlos da Silva Junior, ocorrido em 02/09/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Peixe, 18 de Julho de 2022.

Amuel Carlos da Silva Junior

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030468/22
Vítima: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR
CPF: 049.030.894-52
CPF de: Próprio
Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.
Data do acidente: 02/08/2019
Titular do CPF: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR : 049.030.894-52

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/11/2022
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2022
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO





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: 019030894.52 4 - Nome completo da vítima: Amela Carlos da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Amela Carlos da Silva Junior 6 - CPF: 019030894.52
7 - Profissão: motociclista 8 - Endereço: Rua Lagez 9 - Número: 130 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Mustardinha 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50760-470
15 - E-mail: cenabegrecife@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (81)98671-1713

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR OU TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0046 CONTA: 4364 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 16 de Novembro de 2022.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **22E0109005560**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/07/2022** às **11:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **2/8/2019** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **CAJUEIRO SECO, 01, RUA IATE** - Bairro: **CAJUEIRO SECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54000000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ADRIANO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO)
ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR**

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

ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRACI DE OLIVEIRA JANUARIO** Data de Nascimento: **5/9/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6728899/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOCICLISTA** Telefones Celulares: **- 984366254**

Endereço Residencial: **RUA LAJES, 180 - CEP: 55000-000 - Bairro: MUSTARDINHA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ADRIANO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residencial: **RUA LAJES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIANO OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIK2087 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Reevam: **543983637** Chassi: **9C2ND1110DR008730**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Apolice: **INDEFINIDO**
Descrição: **HONDA/XRE 300**



VEICULO02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Seguro/Apolice: **INDEFINIDO**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR PARA RELATAR OS FATOS A SEGUIR: QUE NO DIA 02/08/2019 SOFREU UM ACIDENTE ONDE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA QUANDO UM VEICULO FOI ENTRAR EM UMA RUA E DE VEZ ELE TRANCOU A VITIMA QUE FOI ATENDIDO NA SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE SOB O PRONTUARIO 1181501, A QUAL PASSOU POR UM PROCEDIMENTO OPERATORIO EM SUA MAO, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTANDO AO FAZER O BOLETIM, NADA MAIS ACRESCENTAR.

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


ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **HENDERSON AUGUSTO COSTA MACHADO** - Matrícula: **319690-9**
(Liberado em **15/07/2022** às **11:57**)





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: 019030894.52 4 - Nome completo da vítima: Amela Carlos da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Amela Carlos da Silva Junior 6 - CPF: 019030894.52
7 - Profissão: motociclista 8 - Endereço: Rua Lagez 9 - Número: 130 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Mustardinha 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50760-470
15 - E-mail: cenabegrecife@gmail.com 16 - Tel.(DDD): (81)98671-1713

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR OU TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0046 CONTA: 4364 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro DPVAT.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora 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.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife 16 de Novembro de 2022.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____



50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA

GOVERNO DE
Pernambuco

BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

1. Ocorrência da Emergência: 752516

1.1 - Atendimentos em: 02/08/2019

1.2 - Às horas 10 e 34 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1126862

2.1 - Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO 2º QUIRODACTILO DIREITO.

4. Tratamento: IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTO AMARO EM 02/08/2019.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 23.8.2022
HORA: 12:54:32
PASTA: 01.08.2022
GSL
ML

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR ATENDIMENTO: 752516 Prontuário: 1126862
 Data Nasc.: 05/09/1984 Idade: 34 Sexo: MASCULINO Cor: _____
 CPF: 04903089452 RG: 6728899 Profissão: _____
 Endereço: RUA LAJES Cidade: RECIFE Nº: 180
 Bairro: MUSTARDINHA Fone: 88352238 Estado: PE
 CEP: 50760170
 Nome da Mãe: IRACI DE OLIVEIRA JANUARIO
 Acompanhante: ARNOLD (O MESMO)
 Nome do Conjuge: _____
 Local de Procedência: UPA TORROES
 Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5739330 * PACIENTE REFERE TRAUMA EM MAO DIREITA APOS ACIDENTE DE MOTO/CARRO

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 02/08/2019 HORA: 10:34 h Médico: _____

Queixa Principal / HDA: *Parte inferior de crânio movida e automovei no asfalto / Lado de di. 000*

Múcio Leônico Lima Filho
 Traumatologista
 TEOT 16870
 CRM 17279 PE

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não
 Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: _____
 Colisão: Sim Não Tipo: _____
 Atropelamento: Sim Não Local de Impacto: _____ Motorista: Passageiro:
 Vítima de Ferimento: Sim Não Tipo: _____ Sofreu Queda: Sim Não Altura: _____ m
 Queimadura: Sim Não Por: _____ Transporte Realizado por: _____
 Condições de imobilização adequadas: Sim Não Por que: _____

Observações: *HASL -)
DRC -) megi algias musculares*

Exame Físico:

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: _____ C°

B: Respiratório *est. ou rubor e hiperfonia parcial de di. 000*

C: Circulatório *s/alt*
PA: _____ x _____ mmHg Pulso: _____ bpm

D: Exames Neurológico *l. 000 de crânio & 3 respostas*

Glasgow: Abertura Ocular	Deficiência motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>	Pupilas: Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/>
Score: <i>4</i> Hora: _____	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
<i>sem reflexos machos de motor</i>	Score: <i>5</i> Hora: _____	Score: <i>6</i> Hora: _____

48100

