

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523097 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR PEDRO MARQUES CRM 8594 DATADO EM 05/11/2018.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00047

CONTA: 000000025992-4

Nr. da Autenticação 4C05E35BA813DD9F

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**

Nº Sinistro: **3180523097**

Vítima: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**

Data do Acidente: **07/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180523097**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13568341



Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**

Sinistro: **3180523097**
Vítima: **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**
Data do Acidente: **07/02/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GISELLE VALENCA DE MEDEIROS**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180523097** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	297.909.644-04	MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

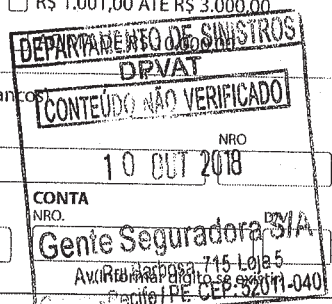
DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR		297.909.644-04		MOTORISTA	
Endereço		Número		Complemento	
RUA AGDA		10			
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
JORDAO	RECIFE	PERNAMBUCO	51260-160	85 98316 1306 85 3126-1167	
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00		<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO. 0047 D/V (Informar dígito se existir)		CONTA NRO. 00025992 D/V 4 (Informar dígito se existir)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)			



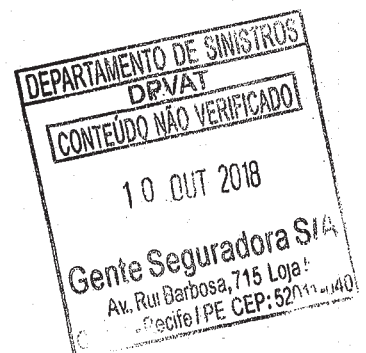
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 10 de Outubro de 2018

Local e Data

[Assinatura]
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



478457
0372142/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 016ª CIRCUNSCRIÇÃO - ÁGUA FRIA - DP16ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0106000665**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/02/2018** às **18:28**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **7/2/2018** às **17:15**

Fato ocorrido no endereço: **RUA DR. JOÃO COIMBRA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a:
BAIRRO DE MADALENA (BAIRRO), 1 - Bairro: MADALENA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
PAULO HENRIQUE SUGAHARA (NOTICIANTE)
THAILSON RAFAEL DA SILVA COSTA (OUTRO)
MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR

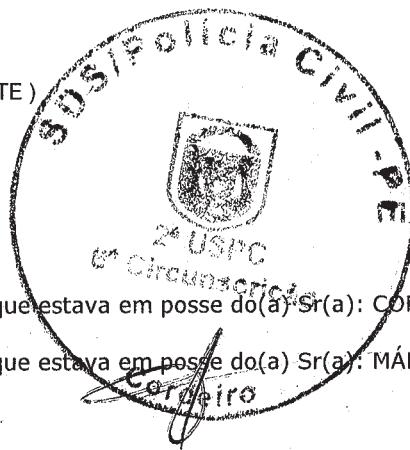
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

PAULO HENRIQUE SUGAHARA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: LUIZA MARIA DE MOURA SUGAHARA Pai: **WALTER DE ARAUJO SUGAHARA** Data de Nascimento: **5/12/1985** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7023785/SDS/PE (RG), 05707698418 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Residencial: **AV. GONÇALVES DIAS Nº 1915 JARDIM JORDÃO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DOS ANJOS SANTOS OLIVEIRA Pai: **MÁRIO DIAS DE OLIVEIRA** Data de Nascimento: **5/9/1962** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2677006/SDS/PE (RG), 29790964404 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MOTORISTA** Residencial: **RUA SANTA AGDA Nº 10 JORDÃO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

THAILSON RAFAEL DA SILVA COSTA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Residencial: **RUA DO CIMITÉRIO Nº 28, CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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



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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MÁRIO DIAS DEOLIVEIRA JUNIOR**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJZ1709** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2004/2005**
Descrição: **CG 150 TITAN ES**

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **THAILSON RAFAEL DA SILVA COSTA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/FIAT/UNO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEY4491** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**
Descrição: **VIVACE**

Complemento / Observação

RELATA O NOTICIANTE QUE NO LOCAL ACIMA MENCIONADO , SR. MARIO O QUAL CONDUZIA A MOTOCILCETA TAMBÉM JÁ CITADA, UM ANIMAL ATRAVESSOU NA SUA FRENTE E ELE PRECISOU FREIAR BRUSCAMENTE, MOMENTO EM QUE O VEÍCULO ACIMA DESCRITO E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADO COLIDIU EM SUA TRASEIRA JOGANDO-O FORTEMENTE AO CHÃO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO PARA A UPA DA CAXANGÁ. CASO AFETO A DP DO CORDEIRO.

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


PAULO HENRIQUE SUGAHARA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **SILVANO PEREIRA SOARES** Matrícula: **3848639**



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos – Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF da Vítima

299.909.644-04

Data do Acidente

07-02-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

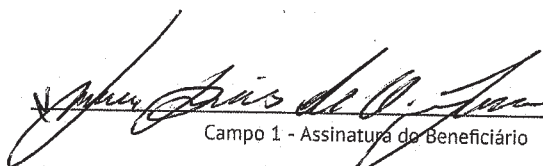
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



Recife, 10 de Outubro de 2018

Local e Data


Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.



**SAMU
192**

Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

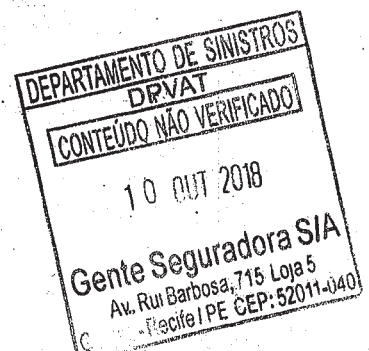
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 102.04.2018
EM: 26.04.2018

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR**, portador do Documento de Identidade nº **2677006** SSP/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **297.909.644-04**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-436694**, que no dia 07 de fevereiro de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 17h50, na Rua João Coimbra, por trás do Mercado da Madalena, Madalena, Recife/PE e, em seguida, direcionado a UPA Caxanga. Recife, 26 de abril de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





Nº da Conta: 0329407835
Mês de referência: 07/2018
Período: 21/06/2018 a 20/07/2018
Data de emissão: 23/07/2018

www.vivo.com.br/meuvivo

Fale conosco: Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.
Av. Engenheiro Domingos Ferreira, 837
CEP 51.011-051 - Recife - PE
I.E.: 029494400
CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62
CNPJ Filial: 02.558.157/0008-39

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR
R AGDA, 10
JORDAO
51260-160 RECIFE - PE

Vencimento
06/08/2018

Total a Pagar - R\$
71,48

Seus Números Vivo
81-98298-7533

Caso você tenha mais linhas, consulte o detalhamento da sua conta.

Aguarde informações referentes ao Vivo
Valoniza

Central de Relacionamento
*8486 ou www.vivo.com.br/faleconosco

Telefônica Brasil S.A.

Av. Engenheiro Domingos Ferreira, 837
CEP 51.011-051 - Recife - PE

I.E.: 029494400

CNPJ Matriz: 02.558.157/0001-62

CNPJ Filial: 02.558.157/0008-39

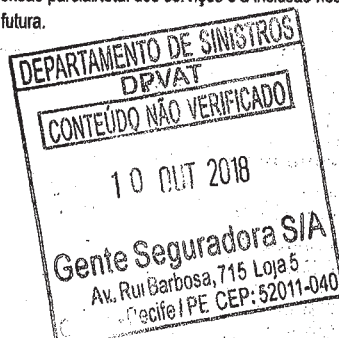
O que está sendo cobrado	Quantidade de Plano/Pacote	Quantidade de Números Vivo	Valor R\$ Plano/Pacote	Incluso Plano/Pacote	Utilizado Minutos/Unidades	Valor Total R\$
Serviços Contratados						
VIVOCONTROLEDIGITAL + 4GBILIM	1	1	69,99	-	-	69,99
VIVO CONTROLE SERV DIGITAL III	-	-	0,00	-	-	-
Subtotal						69,99
Outros Lançamentos						
Encargos Financeiros						1,49
Subtotal						1,49
TOTAL A PAGAR						71,48

MENSAGEM IMPORTANTE PARA VOCÊ

O relatório detalhado está disponível em www.vivo.com.br/meuvivo e pode ser solicitado impresso, de forma permanente ou não.

App Meu Vivo. É o jeito mais prático de acessar a sua conta detalhada, 2ª via de conta, consumo de internet e muito mais! Baixe agora em vivo.com.br/app e navegue sem consumir seu pacote de dados

Agradecemos pagamentos recebidos até a emissão desta conta. Mantenha o pagamento em dia e evite a suspensão parcial/total dos serviços e a inclusão nos órgãos de proteção do crédito. Para pagamentos após o vencimento serão cobrados encargos de 2% e juros de 1% ao mês em conta futura.



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu, Giselle Valença de Medeiros inscrito (a) no CPF/CNPJ 633.249.034 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Manoel Dias de Oliveira Júnior inscrito (a) no CPF sob o Nº 297.909.644 / 04, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Manoel Dias de Oliveira Júnior, inscrito (a) no CPF sob o Nº 297.909.644 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Francisco Alves</u>		Número <u>105</u>	Complemento <u>104</u>
Bairro <u>Alta do Norte</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50070-490</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

Recife, 10 de Outubro de 2018
Local e Data

Giselle Valença de Medeiros
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
07 NOV 2018

Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia

Genito Seguros
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

LAUDO MÉDICO

Paciente MARIO DIAS DE OLIVEIRA JR, vítima de acidente de trânsito em 07/02/2018 segundo BO do nº 18ED106000665

Sofreu FRACTURA DO RAIO DO CARPO DO MEMBRO DEXTRO FOI Tratado cirurgicamente com placas + parafusos + fixações.

O mesmo evoluiu com sequelas definitivas.

Atualmente a deambulação ativa e limitam os movimentos de ADUÇÃO + ABDUÇÃO do quadril.

Em art. espinais frías

CID 10 S32.5 Alta Ambulatorial Definitiva

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM/PE 8534
FONE: 172.376.3344

05/11/18

Data do Atendimento:

07/02/2018

Hora: 18:26:36

No. Atendimento:

1126849

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Setor / Serviço:

CONSULTORIO MEDICO

PRONTUÁRIO: 425215

Colaborador: LILIANEAOD

Nome: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

Data de Nascimento: 05/09/1962

Idade: 55 Anos, 5 Meses e 2 Dias

Sexo: Masculino

Pais ou responsáveis: MARIA DOS ANJOS SANTOS OLIVEIRA

Endereço: RUA DOUTOR JOAO COIMBRA, ENDERECO DA OCORRENCIA SM FONE - MADALENA/

Cidade: RECIFE

Tel.:

Hora do Atendimento:

/ Hs

Peso: Kg

Temperatura:

QPD / HDA: vítima de atropelamento há ± 3 horas,
referindo dor no quadril (E) que piora ao
tentar deambular

EXAME FÍSICO: dor à palpação do quadril

DIAGNÓSTICO: Fratura do ramo isquico (E)
DM dispensadaTIPO: Bacia AP
HORA: 18:26:36

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Rx da Bacia AP.

VOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

1) Insulina Regular 12UI - SC.
CD: fratura de tratamento conservador

2) Ao Ambulatório

3) Dipirona 0,1 g + AD, IV.

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

4) Alta da Ortopedia.

5) A Clínica médica.

Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

GT -> 220 mg/dl -> 09:00

A -> 120 x 80 -> 04:00

Raciel Soares
Ortopedia

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 07/02/2018 18:16

Nome Paciente: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/09/1962
Sexo: Masculino
Idade: 55
Senha: OR0060
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 07/02/2018 18:22 - 07/02/2018 18:24

AMANDA DE ARAUJO RANGEL - COREN: 301777 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

URGÊNCIA

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO SAMU RECIFE, OCORRENCIA Nº 436694, BÁSICA 05, PACIENTE APRESENTANDO DOR EM MIE APÓS ACIDENTE DE MOTO.

Observação:

**NEGA HAS

**REFERE DM

(HGT 330 MG/DL)

- 246 mg/dL 23:45h

** NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA MODERADO

Discriminador(es):

- DOR MODERADA

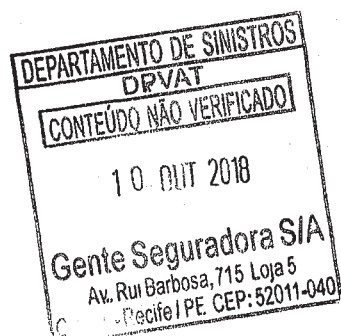
Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. SISTOLICA: 110.00 MM/HG

- P.A. DISTOLICA: 80.00 MM/HG



Acolhido(a) por: AMANDA DE ARAUJO RANGEL - COREN: 301777 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 07/02/2018 18:24

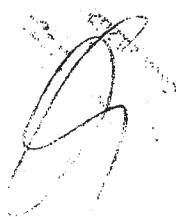
05/11

Pit so da.

05/11

Archieve de controle
M21 220

ca 2 / Alt de en
tand (ver) 1/1
1/1





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE AREIAS**

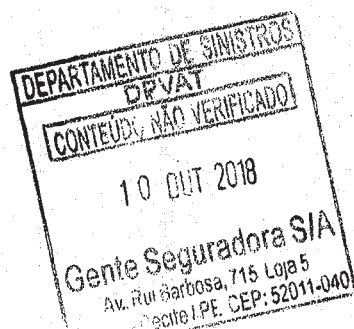
**NOME: MÁRIO DIAS
DATA: 27/04/2018
RX: 835**

RADIOGRAFIAS

COLUNA VERTEBRAL

Redução da densidade óssea.
Osteófitos marginais.
Pinçamentos de espaços discais.
Tênue calcificação ateromatosa da aorta abdominal.
Não se verifica imagem de listese ao método de imagem.

**Dra. Meire Farias
Radiologista HGA
CRM 10331 MAT 232586-1**



**Av. Recife, nº 801 – Areias – Recife/PE – CEP: 50.870-901
Telefones : (81) 3182-3000 / 3182-3014
e-mail: hga@saude.pe.gov.br**

MÉDICINA FÍSICA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o Sr.(a)

Junier

Mário Dias de Alvaro

RG. nº

2677006

expedido pela - SSP PE

portador (a) de
se em tratamento

ps-fratura do fêmur 'E'

Não encontra -

fisioterápico no Setor de Medicina Física do Hospital Geral de Areias.

quem realizou o tratamento
fisioterápico no período

de 25/04/18 a

03/08/18 onde

realizou Termoterapia
quodril 'E' e 4 III

Fisioterapeuta - CREFITO

+ Amalgema + melonoterapia + unguento



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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1416685216

THOMAS ORIO & SONS

PROIBIDO PLASTIFICAR
1416685216

NOME
MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF
2577006 SSP PE

CPF
297.909.644-04

DATA NASCIMENTO
05/09/1962

FILIAÇÃO
MARIO DIAS DE OLIVEIRA
MARIA DOS ANJOS
SANTOS OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
02040064990

VALIDADE
18/10/2021

1ª HABILITAÇÃO
10/07/1981

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE

DATA EMISSÃO
15/12/2016

57681167870
PE075416824

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DRVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 OUT 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Pecife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 013223928234	
VIA	COB-RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	839331690	*****	2017
NOME			
MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR			
RECIFE-PE			
CPF/CNPJ		PLACA	
297.909.644-04		KJZ1709	
PLACA ANT. / UF		CHASSI	
***** / PE		902K08505R010774	
ESPECIE TIPO		COMBUSTÍVEL	
PÁS / MOTOCICLETA		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CG 150 TITAN ES		2004	2005
CAF / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/149CL	PARTIC	PRETA	
COTA UNICA		VENC. COTA UNICA	
IPVA 2017 QUITADO		VENC. / COTAS	
I	1ª *****		
P	2ª *****		
V	3ª *****		
A			
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS		
1	*****		
PREMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PREMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			
OBSERVAÇÕES			
AL. FID. ADM. CONS. NAC. HONDA LTDA.			
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA			
RECIFE	DATA		
	09/04/17		
Charles Andrews Sousa Ribeiro DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE			

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 OUT 2018
Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Recife / PE CEP: 52011-040

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180523097 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR **Data do acidente:** 07/02/2018 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE RAMO ISQUIOPÚBICO À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO QUADRIL ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME LAUDO MÉDICO DR PEDRO MARQUES CRM 8594 DATADO EM 05/11/2018.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR
brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão: MOTORISTA
RG nº 2.677.006 SSP/PE, CPF/MF nº 297.909.644-04, com
endereço residencial na RUA SANTA AGDA, Nº 30 JORDAO
RECIFE PE CEP 53260-160

OUTORGADO:

Nome: Giselle Valença de Medeiros, brasileira, advogada, RG nº 2574273 SSP/PE, CPF/MF nº 633.249.034-91, com endereço profissional à Rua Francisco Alves, 105, sala 104, Ilha do Leite, Recife – PE.

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório – DPVAT.

22 de agosto de 2018.



Mario Dias de Oliveira Junior
outorgante

CARTÓRIO PORTA LARGA
REGISTRO CIVIL 2º DISTRITO
Rua Professor Paes Leme, n. 64, Prazeres
Jaboatão dos Guararapes-PE
CEP: 54335-065 - Fone: (011) 3461-1048

Reconheço a(s) firma(s) por Autenticidade de
MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR Dou. f.º
22/08/2018 09:40:32 Em test. da verdade.
JOSÉ DORIVAL BEZERRA CAVALCANTI (Substituto)
SELO 0077180.ZFA08201803.02476
Emol.: R\$ 3,39 TSNR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79

Consulte a Autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Cartório Registro Civil
2º Distrito de Jaboatão
José Dorival Bezerra Cavalcanti
SUBSTITUTO



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0404246/18

Vítima: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF: 297.909.644-04

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 07/02/2018

Titular do CPF: MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS : 633.249.034-91

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

MARIO DIAS DE OLIVEIRA JUNIOR : 297.909.644-04

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: 07/11/2018
Nome: GISELLE VALENCA DE MEDEIROS
CPF: 633.249.034-91

GISELLE VALENCA DE MEDEIROS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/11/2018
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA