



Número: **0049927-34.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO LUIZ DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			

Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57241483	31/01/2020 14:49	2648492_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 22ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00499273420198172001

ARUANA SEGUROS 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 **JOAO LUIZ DA SILVA**, 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 AUSÊNCIA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no membro inferior direito, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer seqüela, conforme demonstrado abaixo:

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



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 30 de janeiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

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





Número: **0049927-34.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 22ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **22/08/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOAO LUIZ DA SILVA (AUTOR)		PAULO ANTONIO COELHO CASTOR (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
ARUANA SEGUROS S.A. (RÉU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
57241484	31/01/2020 14:49	ANEXO 1	Outros (Documento)

Atendimento: 1067887 ✓

Data e Hora: 28/03/2019 22:22

Senha da Classificação:

P0162

UPA IGARASSU
FATURADO

Paciente: 339699 JOAO LUIZ DA SILVA
Nome Social: _____ Sexo: MASCULINO
Data do Nascimento: 05/10/1964 Idade: 54 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARGARIDA ARCANJO DA SILVA Nome do Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA CRM: 123456
Endereço: 1 TRAVESSA VEREADOR OTA - Bairro: BREJO DE BEBERIBE
Cidade/UF: RECIFE PE Cep: 52291251 Usuário Atendimento: DIEGODFS
RG (Identidade): 2674343 SDS Data de Emissão: 23/05/2017 CNS: 706003811255146
CPF (Cadastro de Pessoa Física): 40117600482 Fone: 87671823
CRN(Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmhg
DATA: _____ HORA: _____

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Vitima de acidente que aconteceu
DICE A/RMC. Al lado de memória. (hoje 11/1)
apresenta dor nos membros e membros.
⊕ A/amblyop

EXAME FÍSICO:

Bom cont. com seu pupilo (⊕)
" " seu msn
Sinais.

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Bebelata FRATURA EXPOSTA FIBULA (⊕)

OLICITAÇÃO DE EXAMES:

UPA IGARASSU
Dr. Eduardo Vinog Carvalho
Traumat - Ortopedia
UFAL 15075-TE01 1414A

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) Ao ortoped
2) Sinais de face.
SPINHA L4/L5, 50ml
WALQUIRIA DIAS
HOBÁRIO
05.802.2420001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, 51 902 BUL
Boa Vista - CEP: 50.060-010

dic / Cremepe:

CAMINHADO: () Ambulatório () Sala Verde () Sala Amarela () Sala Vermelha

dic / Cremepe:



EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

Minimamente alcoolizado, vítima de acidente -
Lacerado por moto, M1 e M2. M2
para a esquerda do corpo. M2
20, crânio com fratura da base,
M1. Deformação na base do crânio (M), pulso
(M D), punho (M), fraturas em ambas as
mãos/m2. Pé (M) com uma fratura.

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

ad: unguento compressivo, RX, terapia
plástica.
RX = fratura fêmur (M)

Dr. Eduardo Krug Carvalho
Traumatólogo - Ortopedia
CRM 155075 / RQE 14144

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

Atendimento: 7 dias + atendimento com
deformidade local + atendimento
dentários + fratura bota UPA IGARASSU
DESTINO: IMOBILIZAÇÃO CO-20

ALTA: () Melhorada () Com Atestado () Com Prescrição
(X) TRANSFERÊNCIA LOCAL: HMA SENHA: 5650902
() ÓBITO Data: ___/___/___ ÀS ___) ATESTADO DE ÓBITO () SVO () IML

Dr. Eduardo Krug Carvalho
Médico - Ortopedia
CRM 155075 / RQE 14144

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS:

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho
absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

DATA: ___/___/___ HORA: ___:___

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 11 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 28/03/2019 22:12



Nome Paciente: JOAO LUIZ DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 05/10/1964
Sexo: Masculino
Idade: 54
Senha: P0162
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 28/03/2019 22:15 - 28/03/2019 22:18

EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: TCE+ TRAUMA EM MMII + MMSS

Observação: NEGA ALERGIA
HAS+
DM-
ACIDENTE DE MOTO.
VITIMA DE ATROPELAMENTO
TRAZIDO PELO SAMU DE PAULISTA

Fluxograma sintoma: SITUAÇÕES ESPECIAIS

Discriminador(es): - PACIENTES EM AMBULÂNCIA DO SAMU, BOMBEIRO E MUNICIPAIS

Especialidade: CLINICA GERAL

Sinais Vitais Lidos: - ESCALA DE GLASGOW: 15
- HGT: 115.00 MG/DL
- P.A. DISTOLICA: 120.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 180.00 MMHG

28/03/2019 às 01:25h

*Paciente estável, segue em remoção para
UMA na ambulância de unidade*

Roberta P.S. M. Junior
COREN: 12032

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

Acolhido(a) por: EDSON DANIO DE SOUZA PAZ - COREN: 12032 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 28/03/2019 22:18



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5650902

Nome do Paciente: JOAO LUIZ DA SILVA IDENTIFICAÇÃO _____ Idade: 54a
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Recife

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Quada: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Paripato vítima de arma branca por moto, lesão de 1cm no braço direito da mão esquerda, ferida de 1cm na parte superior do antebraço direito.
Hipótese Diagnóstica: ferimento estalado por arma branca externa

EXAME FÍSICO + HEMODINÂMICA CLÍNICA (C)

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Falta/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifoide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Buihas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15/11/2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea 4
Abertura Ocular a Voz 5
Abertura Ocular a dor 2
Sem abertura ocular 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado 5
Confuso 4
Resposta Inapropriada 3
Sons Incompreensíveis 2
Sem resposta Verbal 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando 6
Localiza Estímulo Doloroso 5
Retirada ao Estímulo Doloroso 4
Descorticação 3
Descerebração 2
Sem resposta motora 1

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Classificação TCE pela ECG

ECG 3-8: TCE Grave

ECG 9-13: TCE Moderado

ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Uso álcool: S N () Informante: Vitima Outros ()

Hábito Alcoólico () Alteração na Marcha Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()

Lolô () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Taça Gessada: S () N ()

Antibioticoterapia: S N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cafeter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()

Entubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade _____

FiO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S N () Análise: S () N ()

Infusão de Fluidos: S N () Especificar: RL

Volume de Fluidos Infundido: 1000

Outras Conduas: CEFALOXIMA

CLARITRIL

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

Transferência cirúrgica

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HIAH

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N

Hora: 22:30

28/3/19
Local e data

Dr. Eduardo Kryg Carvalho
Traumatologia - Ortopedia
CRM: 15815 / REG: 14144
Médico Assistente

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

24788-08





Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	JOAO LUIZ DA SILVA			6 - Nº Prontuário	124276
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RacaCor	10.1 - Etnia	
706003811255146	05/10/1964	X 1 3	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	MARGARIDA ARCANJO DA SILVA			12 - Telefone de Contato	
13 - Nome Responsável	MARGARIDA ARCANJO DA SILVA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, - JANGA					
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	53435970		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO HA CERCA DE 8 HORAS, APRESENTANDO DOR EM PERNA DIREITA, ANTEBRAÇO ESQUERDO E REGIAO PALMAR DIREITA. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES

21 - Condições que justificam a Internação
 CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Prova Diagnósticas
 ANAMNESE+EXAME FISICO+IMAGEM

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DO PERONIO [FIBULA]	34 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
	S824	V 2000	07010000

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	041502069		
especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICA	2	(X) CNS () CPF	980076278437533

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	29/03/2019	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	37 - () Acid. Trabalho Típico	38 - () Acid. Trabalho Trajeto	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
			42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº de Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	

48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	

50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)
	05.802.4977000001

AIH
261910215464-7

TRACAO CORRETOIRA DE SEGUROS LTDA
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

MICA MOUTA MIGUEL ARRAES
 Assistente Médico
 CRP 3461
 CPF 333.274.162-00

Código do Laudo: 471238





Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jequaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

FICHA DE INTERNAÇÃO

Cód. Atendimento: 471241

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **JOAO LUIZ DA SILVA** Prontuário: 124276
 Idade: 54a 5m 23d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 05/10/1964
 Profissão: Escolaridade: Telefone: 31819859 CEP: 53435970
 C.G.: 2674343 C.P.F.: 40117600482 - JANGA - PAULISTA - PE
 Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEI,
 Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
 Convênio: SUS - INTERNACAO
 Unidade Internação: VERMELHA - EMERGENCIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERMELHO EXTRA 21
 Médico Internação: SORMANE DE CARVALHO BRITTO

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.:
 Endereço: - Numero:
 Telefone: Cidade: Estado civil:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 31 / 03 / 19 Hora da Alta: 6 : 00
 Motivo: Melhorado A Pedido Transferência Óbito Evasão
 Condições de Alta: Ex Fisioterapia de Fíbula (D)
 Diagnóstico Principal.....: Prós condições clínicas
 Diagnóstico Secundário01.:
 Diagnóstico Secundário02.:
 Procedimento.....: LC + DC + Sutura.
 Dr. Max Félix
 MÉDICO
 CRM 1705 / CBRMA 1085
 Médico e CRM:

REVISADO
 CCIH-HMA

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.



Em _____ de _____ de 5 / 03 / 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL 3
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável



Data e hora retirada da senha: 29/03/2019 02:04


 Nome Paciente: JOAO LUIZ DA SILVA
 Cód. Paciente: 124276
 Data de Nascimento: 05/10/1964
 Sexo: Masculino
 Idade: 54
 Senha: 0007
 Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
 Atendimento: 471238 
 SAME: 111068

Período: 29/03/2019 02:44 - 29/03/2019 02:47

ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: EMERGENCIA VERMELHO
Cor: VERMELHO

Queixa Principal: VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTOCICLETA NA VIA PUBLICA. CONSCIENTE, ORIENTADO, RELATA QUE NAO LEMBRA DO ACIDENTE. APRESNTA LESAO EXTENSA EM REGIAO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

Observação:
 Fluxograma sintoma: TRAUMA
 Discriminador(es): - DOR INTENSA (8-10/10)
 - FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL
 Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
 - FREQUENCIA CARDIACA: 115.00 BPM
 - FREQUENCIA RESPIRATORIA: 18.00 RPM
 - P.A. SISTOLICA: 190.00 MMHG
 - P.A. DISTOLICA: 100.00 MMHG
 - SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

OBS: Fratura tibia

IMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não

Local

 Enfermeiro

REVISADO
NET: 11:11:11

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 15 JUN 2019
 Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP- 50.060-010
 RECIFE-PE

Acolhido(a) por: ANA CRISTINA CRASILEIRO DA SILVA - COREN: 212014 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/03/2019 02:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 471238
Data e Hora: 29/03/2019 02:10

Senha da Classificação: 0007

Paciente: 124276 JOAO LUIZ DA SILVA Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 05/10/1964 Idade: 54 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Nome da Mãe: MARGARIDA ARCANJO DA SILVA Nome do Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA CRM: 12346
Endereço: AVENIDA DOUTOR CLAUDIO, -- Bairro: JANGA
Cidade/UF: PAULISTA PE Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:
Nacionalidade: BRASILEIRA Nr Documento Estrangeiro:
Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 02:35

Queixa Principal: *Prontuário vítima de traumatismo no punho da S. mãos
apresentando dor nos punhos (D) e metacarpos (E). (Mag) / dor
de compressão*

Exame Físico: *EGC positivo, logo, refer ter ingerido bebida alcoólica*

Hipótese Diagnóstico: *Fo, lo fratura x) e Edema em punho (E)
exposto (fumento no punho)*

Prescrição Médica

- 1) *Tupenno do bloco is 1.00*
- 2) *Cefalotina 1g + AD 50 mg*
- 3) *5AT VAI*
- 4) *Urgemizaco*
- 5) *Re controle*

*Filipe Guedes
CRM 26659*
Dr. Filipe Guedes
Médico
CENTRO JANGA
CENTRO 2008

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência
() Transferido: Para _____
() Encaminhado ao setor de internação

05.802.494/0001-41
TRACSA SENSITIZADORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP- 50.060-010
RECIFE-PE





PMA Ort

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA
Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () **SENHA** 5650902
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO
Nome do Paciente: JOAO LUIZ DE SILVA Idade: 54a
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Ponte Janago

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)
Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS
História Clínica Atual: Principais sintomas de angina pectoris, dor no peito, sensação de peso no peito, suor frio, náusea, vômito.
Hipótese Diagnóstica: Infarto Agudo do Miocárdio - Síndrome Coronária Aguda - Síndrome Coronária Aguda - Síndrome Coronária Aguda

AVALIAÇÃO CLÍNICA
Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50 < 1 ano 30-50 Crianças 20-30 Adulto 12-30	FC: RN 120-160 < 1 ano 90-140 Criança 80-110 Adulto 60-100
---	---

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
Abertura Ocular Espontânea <u>4</u>	Orientado <u>5</u>	Obedece ao comando <u>6</u>
Abertura Ocular a Voz <u>3</u>	Confuso <u>4</u>	Localiza Estímulo Doloroso <u>5</u>
Abertura Ocular a dor <u>2</u>	Resposta Inapropriada <u>3</u>	Retirada ao Estímulo Doloroso <u>4</u>
Sem abertura ocular <u>1</u>	Sons Incompreensíveis <u>2</u>	Descorticação <u>3</u>
	Sem resposta Verbal <u>1</u>	Descerebração <u>2</u>
		Sem resposta motora <u>1</u>

TOTAL DE PONTOS ECG: 15

Classificação TCE pela ECG
 ECG 3-8: TCE Grave
 ECG 9-13: TCE Moderado
 ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
 Dificuldade na fala ()
 Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midriase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S N ()
 Lesões Intra-Torácica : S () N () Fratura Pélvis: S () N ()
 Lesões Infra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ALCÓOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S N () Informante: Vítima Outros ()
 Hábito Alcoólico () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()
 Usou outras drogas: S () N () Informante: Vítima () Outros ()
 Loló () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()	Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()
Imobilização Tala Gessada: S () N ()	RX: S <input checked="" type="checkbox"/> N () Analgesia: S () N ()
Antibioticoterapia: S <input checked="" type="checkbox"/> N () Especificar: _____	Infusão de Fluidos: S <input checked="" type="checkbox"/> N () Especificar: <u>RL</u>
Oxigêniooterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()	Volume de Fluidos Infundido: <u>1000</u>
Aspiração de Sangue e/ou secreções: S () N ()	Outras Conduas: <u>CEFAZOLINA</u>
Entubação Orotraqueal: S () N ()	<u>ANTIBIÓTICOS</u>
Ventilação Mecânica: Modalidade _____	Intercorrências: _____
FIO2: _____	

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

traumático emergencial

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: HIA
 Médico Regulador: _____ Hora: 23:30
 Transferência com acompanhamento Médico: S () N

28/12/19
Local e data

Dr. Eduardo Krug Carvalho
 Traumatologia Ortopedia
 CFM: 15075 - TEO 14144

Médico Assistente

05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

15/11/2019
 Rua da Aurora, Nº 173, SL 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: JOAO LUIZ DA SILVA REG: 124276

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
29/3/2019	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	# ADMISSÃO
03:00	PACIENTE COM RELATO DE ATROPELAMENTO POR MOTO HÁ CERCA DE 8 HORAS, APRESENTANDO DOR EM PERNA DIREITA, ANTEBRAÇO ESQUERDO E REGIAO DE DORSO DE MAO DIREITA. NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES. NEGA VOMITOS OU PERDA DE CONSCIENCIA, REFERE TER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA
	AO EXAME: EGR, EUPNEICO, LOT, HALITO ETILICO
	MID: FERIMENTO EM REGIAO LATERAL DE PERNA DIREITA DE CERCA DE 5 CM LESAO EM ANTEBRAÇO ESQUERDO +- 2 CM
	HD: FRATURA EXPOSTA DE FIBULA DIREITA + FERIMENTO ANTEBRAÇO ESQUERDO
	CD: INTERNO AO BLOCO AS 6: 00 HORAS, SOLICITO RX DE CONTROLE + HB+HT
03:15	<i>Exame físico: Ferimento na perna direita de 5cm, e no antebraço esquerdo de 2cm. # ORTOPEDIA #</i>
30/03/2019	
06:40	<i>Paciente admitido a UC - UC de ortopedia de fratura exposta de fibula direita - foi submetido a cirurgia ortopedica, com dor controlada pela analgesia curativa limpa e seca, com alimentação de dieta VO eliminatórias presentes. Ao exame: E.G.B, consciente, orientado, hidratado, sem febre. CD: Discutir possibilidade de alta com staff.</i>

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
CEP: 50.060-010

Dr. Luiz Rogério Muceddo Gomes
Médico
CRM-PE 27686 CRM-SA 33039



Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 55532 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 124278 JOAO LUIZ DA SILVA Atendimento : 471238
Convênio Atend. : 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA Carteira :
Leito : 791 VERMELHO EXTRA-29 Idade : 54 Anos
Dt. Início : 29/03/2019 08:50 Dt. Fim : 29/03/2019 09:40
Cid Pré-Operatório : S824 FRATURA DO PERONIO [FIBULA]
Cid Pós-Operatório : S824 FRATURA DO PERONIO [FIBULA]

Procedimentos

Procedimento: 0401010058 EXCISAO DE LESAO E/OU SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PRINCIPAL)
Convênio: 002 SUS - EXTERNO / URGENCIA
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO 18863 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
ANESTESISTA 3702 CLAYTON PLACIDO CHIVERS

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA DIREITA
INTERVENÇÃO: LC + DC + SUTURA
OPERADOR: DR FAGNER ATHAYDE
1º AUXILIAR: DR ÍCARO MÓLIM
ANESTESISTA: DR CLAYTON CHIVERS
ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

RELATO DE INTERVENÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUI ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA DO MID
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
LAVAGEM EXAUSTIVA MECANOCIRURGICA COM SF 0.9% DO FERIMENTO EM FACE LATERAL ALTA DA PERNA DIREITA
4. DEBRIDAMENTO DAS BORDAS DO FERIMENTO
5. SUTURA DE FERIMENTO
6. CURATIVO ESTÉRIL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Ícaro Mólím de S. Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 28560

DR(A) : FAGNER FONSECA DE ATHAYDE
CRM : 16863

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 302 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR





RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOAO LUIZ DA SILVA REG: 124276

IDADE: _____ SEXO: _____ DATA DA ADMISSÃO 29/3/2019 DATA DA ALTA 30/03/19

DIAGNÓSTICO: FC Exposta de Fíbula (D)

TRATAMENTO REALIZADO:

CIRURGIAS: LC + AL + Gortina

ORIENTAÇÃO:

- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO
- USAR MEDICAÇÃO PRESCRITA
- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE *Ortopedia (traum)*
- PISAR COM MEMBRO OPERADO: SIM () NÃO () NÃO SE APLICA ()

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM (x) NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: *Retorno em 15 dias*

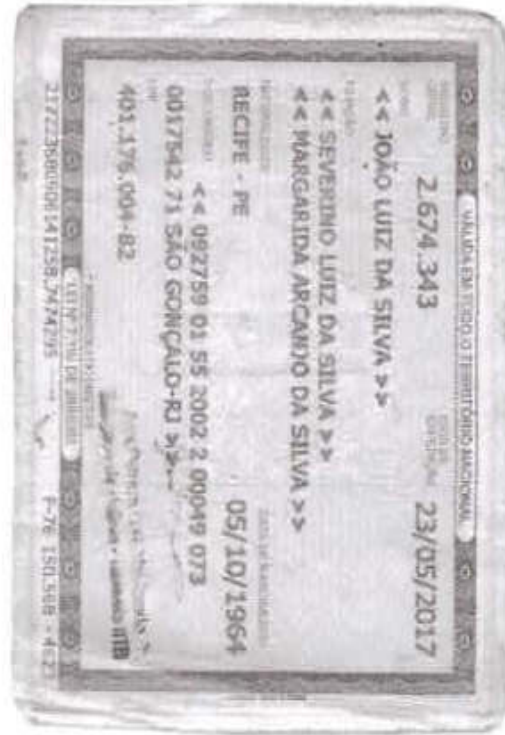
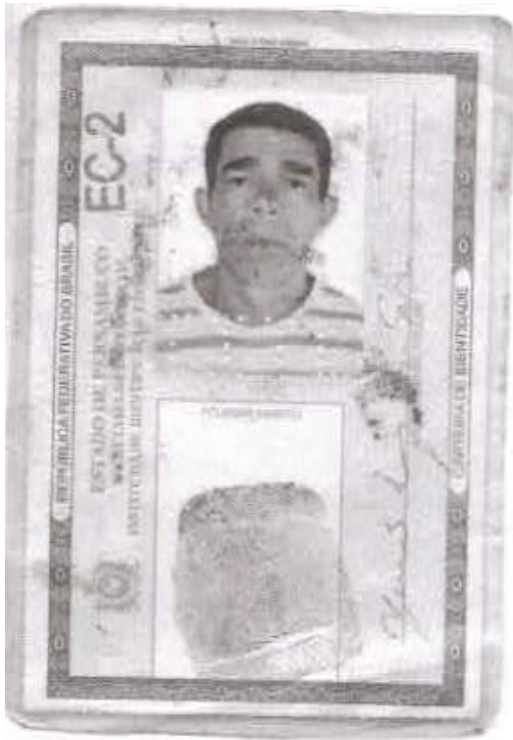
Dr. Max Felix
MÉDICO
CRM 17017/PE

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 Bl. C
Boa Vista - CEP 50.065-010
RECIFE-PE



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

NOME: **TARCISIO LOPES DA SILVA**

SEX: **MASCULINO** / CPF: **210762554099** / RG: **MEX PE**

CPF: **047.371.834-32** / DATA DE NASCIMENTO: **08/11/1982**

PROFISSÃO: **VEICULO LOPES DA SILVA**

MARIA DO CARMO DA SILVA SANCIO

PROFISSÃO: **AD** / DATA DE NASCIMENTO: **AD**

Nº REGISTRO: **04874329657** / VIGÊNCIA: **01/12/2019** / EXPIRAÇÃO: **03/02/2020**

INSCRIÇÃO: **A**
 Exerce Atividade Remunerada

Tarcisio Lopes da Silva
 Assinatura do Titular

LOCAL: **RECIFE PE** / DATA DE EMISSÃO: **02/12/2014**

Luiz...
 Assinatura do Emissor

47074414180
 22043129672

OKTIAN - PE (PENA BRANCA)

VALORES EM YOUNG
 O TERCIONÁRIO NACIONAL
1017548108

PRIMEIRO PLACETIZADO
1017548108

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 Bl. C,
 Boa Vista - CEP: 50.068-010
 RECIFE-PE



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190429444 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA **Data do acidente:** 28/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CORTO CONTUOSO EM FACE E ANTEBRAÇO ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍBULA (LAVAGEM CIRÚRGICA, DEBRIDAMENTO E SUTURA), DEMAIS CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 13

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOÃO LUIZ DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro
Profissão: REPOSITOR
Identidade: 2.674.343 CPF: 404.176.004-82
Endereço: Rua: Esperança nº 4 Boas Leitoras

OUTORGADO:

Nome: TARCISIO LOBES DA SILVA
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro
Profissão: AUTOMOTOR
Identidade: 23076055490 CPF: 047.331.894-35
Endereço: Rua: FERNANDA NEGREIROS DE ARAÚJO Nº 405

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a CENTAURO SEGURADORA S/A, a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Crédito de Indenização de Sinistros DPVAT, junto ao Banco do Brasil, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima.

JOÃO LUIZ DA SILVA : Data do Sinistro: 28-03-2019
Local e Data: Recife, 09-07-2019



[Handwritten Signature]

**ASSINATURA DO OUTORGANTE
(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)**

Anexar cópia simples do RG, CPF e Comprovante de Residência do outorgado.

Cartório do Registro Civil da 13ª Zona Judiciária da Capital
Rua Amélia de Sousa, 114 - Capoeiras - Recife - PE - CEP: 51010-000 - Fone: (51) 3441-1111

Reconheço por autenticidade a firma indiciada de
JOÃO LUIZ DA SILVA
que confere o padrão RG, neste esboço. Dia 09
Recife, 09 de julho de 2019 13:11:22.

Em testemuho
Rodrigo Gonçalves dos Santos (Substituto)
São: 0073890 GC-06201901.03406



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA
15 JUL 2019
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE, PE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239176/19

Número do Sinistro: 3190429444

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

Data do acidente: 28/03/2019

CPF: 401.176.004-82

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIZ DA SILVA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 30/07/2019
Nome: TARCISIO LOPES DA SILVA
CPF: 047.371.824-35

TARCISIO LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/07/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0239176/19

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

CPF: 401.176.004-82

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOAO LUIZ DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

TARCISIO LOPES DA SILVA : 047.371.824-35

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

JOAO LUIZ DA SILVA : 401.176.004-82

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: 15/07/2019
Nome: TARCISIO LOPES DA SILVA
CPF: 047.371.824-35

TARCISIO LOPES DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/07/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso





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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190429444

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 28/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO LOPES DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAO LUIZ DA SILVA

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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. 01651/01652 - carta_03 - INVALIDEZ

00050826



Carta nº 14574649





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, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429444

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 28/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO LOPES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAO LUIZ DA SILVA

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 14574650

Pag. 00769/00770 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 02 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190429444

Vítima: JOAO LUIZ DA SILVA

Data do Acidente: 28/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: TARCISIO LOPES DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOAO LUIZ DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem seqüela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00319/00320 - carta_04 - INVALIDEZ

00020160



Carta nº 14656419





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

403.176.004-82 João Luiz da Silva

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

Nome completo: João Luiz da Silva CPF: 403.176.004-82
Profissão: REPOSITOR Endereço: RUA: ESPERANÇA Número: 9 Complemento: CASA
Bairro: DOIS UNIDOS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52160-796
E-mail: Tel. (DDD): (51) 99258-6350

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 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 DOUUPANÇA (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: 0802 03 CONTA: 02.623 03 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atende 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 de 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

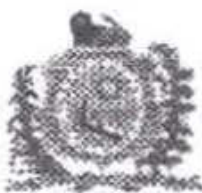
Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário (se houver) Local e Data: RECIFE, _____
Nome: João Luiz da Silva
CPF: 403.176.004-82
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: 05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS S/A
2ª Nome: 15.111.2019
CPF: _____
Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. 7
Boa Vista - CEP: 50.260-210
Assinatura
RECIFE-PE

(* 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 teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA -
DP34ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0124000854**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/06/2019** às
11:46

Complementa o BO Número: **19E0124000851**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que
aconteceu no dia 28/3/2019 às 20:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS
LEITE, 1 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO DO FORTE DE PAU AMARELO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (AUTOR / AGENTE)
JOÃO LUIZ DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na paração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA

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

**JOÃO LUIZ DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA
ARCANJO DA SILVA Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 9/10/1964
Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2674343/SDS/PE (RG).
48117988482 (CPF) Estado Civil: DIVORCIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: REPOSITOR Telefones Celulares:
- 825748884**

Endereço Residencial: **RUA DA ESPERANÇA, 4 - CEP: 55080-000 - Bairro: DOIS UNIDOS -
RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE AO COLÉGIO**

**CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DE

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUN 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



VEÍCULO MOTOCICLETA, que estava em posse do(a) Sr(s): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA.**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV. CLÁUDIO GUEIROS LEITE, EM PAU AMARELO, PRÓXIMO DO FORTE DE PAU AMARELO, FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO MOTOCICLETA DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA, A QUAL FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRÊNCIA N° 9- 888033 PARA A UPA DE IGARASSU ATENDIMENTO N° 1907887 E FINALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAS COB. ATENDIMENTO: 471241, HOVE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA, ALTA MÉDICA DATADA DE 21/03/2019. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

João Luiz da Silva
JOÃO LUIZ DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANTONIO SIMÕES DE ARRUDA NETO** - Matrícula: **381052-8**

Antonio Simões de Arruda Neto



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
15 JUL 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA -
DP34ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0124000851**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/06/2019** às **11:30**

Complementado pelo BO Número: 19E0124000854

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 29/3/2019 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS LEITE, 81 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO DO FORTE DE PAU AMARELO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (AUTOR / AGENTE)
JOÃO LUIZ DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA

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

JOÃO LUIZ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARGARIDA ARCANJO DA SILVA Pai: SEVERINO LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 8/10/1984
Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2674343/9DS/PE (RG).**
46117666492 (CPF) Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **REPOSITOR** Telefones Celulares:
- 985746864

Endereço Residencial: **RUA DA ESPERANÇA, 94 - CEP: 55090-200 - Bairro: DOIS UNIDOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL, EM FRENTE AO COLÉGIO**

CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CONDUTOR DE VEÍCULO MOTOCICLETA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

30 11 7019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 BL. C
Bairro Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Descrição: **DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA.**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE QUANDO ESTAVA ATRAVESSANDO A AV. CLÁUDIO GUEIROS LEITE, EM PAU ANARELO, PRÓXIMO DO FORTI DE PAU ANARELO, FOI ATROPELADO PELO VEÍCULO MOTOCICLETA DE MARCA, MODELO, ANO, COR E PLACA NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA, A QUAL FOI SOCORRIDO PELO SAMU OCORRÊNCIA Nº 9- 888983 PARA A UPA DE IGARASSÚ ATENDIMENTO Nº 1067887 E FINALMENTE PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES Cód. ATENDIMENTO: 471241, NOUVE FRATURA EXPOSTA DE TIBIA DIREITA, ALTA MÉDICA DATADA DE 31/03/2019. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

JOÃO LUIZ DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANTÔNIO SÍMÕES DE ARRUDA NETO** - Matrícula: 381052-0

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

30 III 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.066-010
RECIFE-PF





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 403.176.004-82 Nome completo da vítima: João Luiz da Silva

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

Nome completo: JOÃO LUIZ DA SILVA CPF: 403.176.004-82
 Profissão: REPOSITOR Endereço: RUA: ESPERANÇA Número: 9 Complemento: CASA
 Bairro: DOIS UNIDOS Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 52260-796
 E-mail: _____ Tel. (DDD): (51) 99258-6350

DADOS CADASTRAIS

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

RENDA MENSAL:
 RECLUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 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 POUPIANÇA (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: 0802 9 CONTA: 92.623 3 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 atende 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 de 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no 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 (vai 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 (se houver): _____
 Local e Data: RECIFE,
 Nome: JOÃO LUIZ DA SILVA
 CPF: 403.176.004-82

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
[Assinatura]
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: 05.802.494/0001-41
 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS S/A

2ª Nome: 15.111.7019
 CPF: _____
 Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. 7
 Boa Vista - CEP: 50.260-210
 Assinatura
 RECIFE-PE

(*) 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 lido teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



101/2018



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 18.05.2019.
EM: 21.05.2019.

Atendendo ao requerimento do Sr., **JOÃO LUIZ DA SILVA**, RG Nº **2.674.343 - SDS - PE**, CPF Nº **401.176.004-82**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 608093** do dia **28 de março de 2019**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 20hs e 00min, vítima de atropelamento, na Av. Claudio Gueiros Leite, S/N, Pau amarelo - Paulista, nas proximidades da COMPESA, sendo em seguida removido para a UPA de Igarassu.

Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUN 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Av. Antônio Cabral de Souza, nº 801, Maranguape - Paulista. CEP: 53421-420 Fone: 3372-3962



12/08/2019
 1840132238
 12/08/2019
 1840132238

Banco XXX-0
 Assinatura do Documento: 47474
 Data: 12/08/2019
 Agência: 1840132238
 Valor do Documento: 80,00
 Data de Vencimento: 12/08/2019
 Valor Cobrado: 80,00

Local de Pagamento: LOJA MS SUPERMÁRICA
 Endereço: RUA BRUNDA INTERIO DE ANAULO 485 - BANCANEIRA -- DE TERM AO FIM - LADO PAR
 CEP: 50961-009
 Cidade: RECIFE - PE

Data Doc.	Numero Doc.	Espec. Doc.	Acnte	Data Processamento	Valor
07/05/2019	47474	CH	H	07/05/2019	80,00

Instruções de pagamento: Qualquer dúvida sobre este boleto, consulte o beneficiário.
 APÓS O 9º DIA MULTA DE 5,00 (CINCO REAIS)
 PAGAMENTO APENAS EM MOEDA LOJA MS SUPERMÁRICA
 OBS: A FRENHA DO CARRE ACARRETIADA O CUSTO DE R\$ 5,00 (CINCO REAIS) PARA REIMPRESSÃO DO MESMO.

Referência no mês: 12/08/2019
 Pagador: TAVACIO LOPES DA SILVA - CPF: 047.371.111-9
 Beneficiário: RUA BRUNDA INTERIO DE ANAULO 485 - BANCANEIRA -- DE TERM AO FIM - LADO PAR
 Recife - PE - 50961-009



Autenticação Médica
 Ficha de Compensação

1840132238

5.802.494/0001-41
 TRACAO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA
 15 JUL 2019
 Rua da Aurora, 147-175, SL 502 BL. C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE





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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

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

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

Pelo exposto, eu Tarcísio Lda da Silva inscrito (a) no CPF/CNPJ 017.371.834 / 35 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário João Luiz da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 403.176.004 / 82 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da vítima João Luiz da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 403.176.004 / 82 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

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

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

Endereço		Número	Complemento
<u>Rua: ERUNDINA NEGREIROS DE ARAÚJO</u>		<u>405</u>	<u>CASA</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>MACAIEIRA</u>	<u>PERIFE</u>	<u>PE</u>	<u>52091-078</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>tonacio@fidal.com</u>			<u>(81) 99858-6352</u>

Perife 15 de 07 de 2019
Local e Data

Tarcísio Lda da Silva
Assinatura do Declarante

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

15 JUL 2019
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

DLDR1.001 V001/2017

