

# 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: 25/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.033,45

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

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000028031-3

---

Nr. da Autenticação 5C5EC977258278EB

# 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: 09/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

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

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01061-8

CONTA: 000000028031-3

---

Nr. da Autenticação 6547242A4F5F07EC

---

**Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190273272**

**Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

**Data do Acidente: 02/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

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



---

**Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190273272**

**Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

**Data do Acidente: 02/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

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

Documentação médico-hospitalar

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



Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190273272

Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000001061-8

Conta: 0000028031-3

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 27 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190273272                      Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Data do Acidente: 02/01/2019                      Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

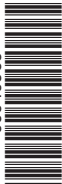
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190273272**

**Vítima: CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

**Data do Acidente: 02/01/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.033,45

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

Graduação: Em grau leve 32.1%

% Invalidez Permanente DPVAT: (32.1% de 70%) 22,47%

Valor a indenizar: 22,47% x 13.500,00 = R\$ 3.033,45

Recebedor: **CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

Valor: **R\$ 3.033,45**

Banco: **001**

Agência: **000001061-8**

Conta: **0000028031-3**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

Nome completo: CPF: Renda Mensal: Profissão: Endereço: Número: Complemento: Bairro: Cidade: Estado: CEP: E-mail: Tel./DDD:

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

## REDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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.

## 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? ☐ 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  
não alfabetizado

Local e Data, Nome: CPF:

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF: Assinatura: 2ª Nome: CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A RDO Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

EXCELSIOR SEGUROS  
Assinatura  
11 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RISCO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



TERM 00088553 AGENTE 701310 AUTE 53412  
COBAN:065325 LOJA:0001 PDV:008553  
04/04/2019 BANCO DO BRASIL 13:38:06  
024632501 CORRESPONDENTE BANCARIO 0285  
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

CLIENTE: CARMOZINA ANA GOMES LEITE  
AGENCIA: 1061-8 CONTA: 28.031-3

---

DATA	04/04/2019
NR. DOCUMENTO	2.466.532.500.285
VALOR DINHEIRO	5,00
VALOR TOTAL	5,00

---

NR. AUTENTICACAO 5.413.698.A45.4CF.ABA



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0267001074**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **22/03/2019** às **14:31**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **2/1/2019** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **ANTONIO GODOY, CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO**  
/BRASIL Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA**  
**TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
EMANUEL GOMES LEITE ( NOTICIANTE )  
CARMOZINA ANA GOMES LEITE ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EMANUEL GOMES LEITE



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

**CARMOZINA ANA GOMES LEITE (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: ANA GOMES DA SILVA** Pai: **JOSE AGOSTINHO GOMES** Data de Nascimento: **20/9/1943** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1847899/SSP/PE (RG), 98405721487 (CPF)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **APOSENTADO**  
Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO JOSE DUARTE, 1315 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EMANUEL GOMES LEITE (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CARMOZINA ANA GOMES LEITE** Data de Nascimento: **28/11/1986** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7560663/SDS/PE (RG), 06843772412 (CPF), 03817655054 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 87996316594**

Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO JOSE DUARTE, 1315 - CEP: 0 - Bairro: ALTO DA CONCEICAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NAO SE APLICA (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): **EMANUEL GOMES LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EMANUEL GOMES LEITE**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ES** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJU1731** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **912993707** Chassi: **9C2KCO6507R043098**  
Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, O NOTICIANTE EM TELA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL JA DESCRITO, TRAFEGAVA NA RUA MENCIONADA, PILOTANDO A CITADA MOTOCICLETA, COM A VITIMA NA GARUPA, MOMENTO EM QUE A SANDALIA DA MESMA CAIU NO SOLO, E ENQUANTO O MESMO PARAVA A REFERIDA MOTOCICLETA A MESMA SALTOU DA GARUPA, SE DESIQUILIBRANDO, E CAINDO EM SEGUIDA. APÓS O ACIDENTE, A VITIMA FOI SOCORRIDA AO HOSPAM, PELO CORPO DE BOMBEIROS, ONDE FOI CONSTATADO, QUE A MESMA TINHA FRATURADO O FEMUR ESQUERDO, FICANDO A MESMA INTERNADA POR ALGUNS DIAS, E DEPOIS SENDO TRANSFERIDA, A CLINICA SAO VICENTE, ONDE FOI CIRURGIADA.

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

  
**EMANUEL GOMES LEITE**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0** - Matrícula: **151743-0**



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190273272

**Nome do(a) Examinado(a):** CARMOZINA ANA GOMES LEITE

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Augusto José Duarte, 1 - Serra  
Talhada/PE - CEP 56903-234

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 1847899 - SDS

**Data e Local do Acidente :** 02/01/2019

**Data e Local do Exame :** 01/07/2019 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA  
TALHADA/PE

**Resultado da Avaliação Médica**

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.**

FRATURA DE FEMUR ESQUERDO

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.**

TRATAMENTO CIRURGICO  
LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO MIE  
ALTA JUNHO 2019

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.**

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO MIE  
INSTABILIDADE

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:**

LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO MIE  
LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO DO JOELHO  
INSTABILIDADE PARA DEAMBULAR , USO CONTINUO DE ANDADOR

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em**

**caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.**

**a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).**

Vide motivo do impedimento no  
campo das observações

( ) “Vítima em tratamento” Esta  
avaliação médica deve ser repetida  
em \_\_\_\_\_ dias

( ) “Sem sequela permanente” (Não  
existem lesões diretamente  
decorrentes de acidente de trânsito  
que não sejam suscetíveis de  
amenização proporcionada por  
qualquer medida terapêutica)

**b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.**

Região Corporal

MEMBRO INFERIOR ESQ

% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( X ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% do Dano ( ) 10% residual ( ) 25% leve  
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100%  
completo

**VIII.\* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.**

Dr. Ebenone Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15.122  
CEM - Fone: 9.9916-0117

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	984.057.214-87	CARMOZINA ARA GOMES LEITE	
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b>			
Nome completo:		CPF:	
CARMOZINA ARA GOMES LEITE		984.057.214-87	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
ADOLESCENTE	AUGUSTO JOSE DUARTE	7375	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
IPSEP	SERRA TALHADA	PE	56.903.234
E-mail:	Tel. (DDD):		
	89.49998.1772		

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

## REDA MENSAL:

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1067 8 CONTA: 28.031 3  
(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 não alfabetizado	Local e Data, <u>Recife 12/04/19</u>	TESTEMUNHAS
	Nome: _____ CPF: _____	1ª   Nome: _____ CPF: _____ Assinatura: _____
(* Assinatura de quem assina A ROGO <u>Carmozina Ara Gomes Leite</u> Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		2ª   Nome: _____ CPF: _____
Assinatura do Representante Legal (se houver) <u>Georgi Carlos Melo Lima</u> Assinatura do Procurador (se houver)		EXCELSIOR SEGUROS Assinatura 11 ABR. 2019 SEGURO DPVAT

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



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL**  
**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**  
**COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros**

SERRA TALHADA - PE, 08 de março de 2019.

  
**ANDRÉ PEREIRA DA SILVA**  
Ten Cel BM CAP QOC/BM



ANEXO  
TEN Cel BM CAP QOC/BM  
RG: 792012-7GB

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA Nº 037 Dop./2019**

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da **Sra. CARMOZINA ANA GOMES LEITE, CPF 984.057.214-87**, residente à Rua Augusto José Duarte, 1315, Nossa Senhora da Conceição, Serra Talhada-PE, **CERTIFICA** que foi deslocada a viatura AR 396 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros Serra Talhada-PE, às 10h14min do dia 02 de Janeiro de 2019, comandada pelo Cb QBMG 1/707411-5 FELIPE DE JESUS DIAS CARDOSO, para uma ocorrência de **ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (QUEDA DE MOTOCICLETA)**, nº **B 1215068**, sendo vitimada a solicitante, a qual informou que estava como garupa da motocicleta marca/modelo, HONDA/CG 150 TITAN ES, cor preta, placa KJU-1731, sendo o referido veículo visualizado pela guarnição no local da ocorrência. O acidente ocorreu na Rua Antônio Godoy, 1298, Centro, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada no membro inferior esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do **Dr. ANTÔNIO RODRIGUES, CRM-PE 7351, prontuário 066**. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM CAP QOC/BM **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.



  
Wamberg Rodrigues dos Santos  
Cap QOC/BM Mat.704015-6

EXCELSIOR SEGUROS

SEG'



HAZARDOSOS CLIENTES  
DE LOS SERVICIOS ANTICUARIOS DE LOS ASESORES

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA AUGUSTO NIECKERTE 1315

CPH 473 118 774-53

N. S. DA C. CONCEIÇÃO SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
50903-234

CLASSIFICAÇÃO  
BIBLIOTECÁRIA  
RESUMO

CONTA CONTRATO	MESIANO
4008362063	12/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISITA PROXIMA LETURA
03/01/2019	23/01/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	56,32

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
240.17726	4274	24/12/2015
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
240.17726	240.17726	240.17726

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
1. Transporte 4x4 (20/10/16)	70,00/10/360	0,73875358	51,71
2. Acrescimos Bandeira AMAPÁ/EA			0,21
3. Contrib. Supr. Público Municipal			2,50
4. Multa Subversão C.O.E.-NF 0085683019-23/11/16			0,43
5. Multa por atraso NF 0410461846 - 23/11/16			1,27
6. Juros por atraso NF 0410461846 - 23/11/16			0,10
7. Multa por atraso NF 0410461846 - 23/11/16			0,10

TOTAL DA FATURA

58.32

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MÊS	Nº DO FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DO C/C	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KW)
		DATA 20/10/13	LEITURA 17.963	DATA 20/10/13	LEITURA 18.963				
01	01						1.00000		

ANEXO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
04/2/16	70				Gerção de Energia	R\$ 16,39	31,57%
05/03/16	70				Transmissão	R\$ 2,43	4,66%
06/03/16	70				Distribuição (Cetes)	R\$ 11,28	21,86%
07/03/16	42				Perdas de Energia	R\$ 3,57	6,89%
08/03/16	64				Proteção Sistema	R\$ 2,92	5,62%
09/03/16	70				Outros	R\$ 15,28	29,38%
10/03/16	31				Total	R\$ 55,82	100%
11/03/16	67						
12/03/16	70						
01/04/16	31						
02/04/16	94						
03/04/16	30						
04/04/16	70						
05/04/16	70						
06/04/16	70						
07/04/16	70						
08/04/16	70						
09/04/16	70						
10/04/16	70						
11/04/16	70						
12/04/16	70						

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

Os dados são gerados  
semelhantes às pesquisas ANEP,  
AF 42016, sendo produzidos  
anualmente e disponibilizados  
em formato eletrônico para  
consulta, em todos os estados de  
destinação e rede.  
[www.inec.org.br](http://www.inec.org.br)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERUPÇÕES					NÍVEL DE TENSÃO		
CONDIÇÃO	TEMPO DE ATIVIDADE (s)	TEMPO DE INATIVIDADE (s)	TEMPO DE INATIVIDADE (%)	TEMPO DE INATIVIDADE (s)	TENSÃO NOMINAL (V)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (V)	
						inferior	superior
DR	0,0	0,0	0,0	0,0	220	200	240
PR	0,0	0,0	0,0	0,0	220	200	240
DR+PR	0,0	0,0	0,0	0,0	220	200	240

NOTA: N = 12,0V

Fonte: Elaboração do autor a partir dos dados de Cadea, 2014, p. 18-19, 21

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT

DADOS DO CLIENTE  
MARIA DE LOURDES MELO LIMA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ANTONIO TOMÉ DE SOUZA 573

CPF: 288.442 044-91

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
55903-220

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSION
054119081	ÚNICA	14/03/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA AVALIAÇÃO
14/03/2019	2000530116	380341

CONTA CONTRATO	MES/ANO
1130133025	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO PROXIMA LETURA
21/03/2019	11/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	198,60

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO UN.	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(14Wh)	229,0000000	0,75250324	172,32
Contrib. Ilum. Pública Municipal			8,80
ICMS Subvenção-CDE-NF 042629824-15/12/18			1,28
ICMS Subvenção-CDE-NF 046440780-14/01/19			1,34
Doação APAE - 0800 722 7223			15,00
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>198,74</b>

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO RECEBOM	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (99%)
		DATA 13/05/2018	LEITURA 1.000,00	DATA 14/05/18	LEITURA 1.000,00				
							1,0000		228,00

MÁQUINA DE CONTAS		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO			
MAR 19	329				Geração de Energia	R\$	12,03	31,68%
FEV 19	240				Transmissão	R\$	7,21	4,52%
JAN 19	218				Distribuição (Cargas)	R\$	36,86	21,46%
DEZ 18	332				Perdas de Energia	R\$	11,63	8,75%
NOV 18	242				Energia Solarizada	R\$	9,52	5,52%
OCT 18	248				Tributos	R\$	52,88	30,85%
SET 18	182				Total	R\$	172,33	100%
AGO 18	182							
JUL 19	168							
JUN 19	180							
MAI 19	190							
ABR 19	206							
MAR 19	222							

[illegible]

As seguintes áreas de fornecimento (Prestação) RSEI: 414/2013, Terceira, produtor, serviços prestados e inclusão as estruturas à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br)

#### DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

CONSUMIDOR	PERÍODO DE APLICAÇÃO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
DIC	0,00	3,30	8,80	12,00
PIC	0,00	3,11	0,00	0,00
DMC	Limite DIC: 12,22	R\$0,00 - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição + R\$ 03,04		

#### NÍVEL DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220V	110V 220V

ANEXO 000

As seguintes listas de Fornecedores (Prestadores) ABE, 414.02103, teritas, produtores, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta, em nossas unidades de atendimento e no site [www.abe.org.br](http://www.abe.org.br)

EXCELSIOR SEGUROS  
11 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)  
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

**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/BIBLIOTECASWEB/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 COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. <sup>2</sup> 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.475.324 / 29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

CARMUZINA ANA GOMES LEITE inscrito (a) no CPF sob o Nº 984.057.214 / 87

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARMUZINA ANA GOMES LEITE

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 984.057.214 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECUSO INFORMAR Renda: RECUSO 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: <u>ANTÔNIO TÔME DE SOUZA</u>	Número: <u>573</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade: <u>SERRA TALHADA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail:		CEP: <u>56.903-220</u>
		Tel. (DDD): <u>87-9.9998.1477</u>

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 08/04/2019

George Carlos Melo Lima  
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS  
11 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, Emanuel Gomes Leite,  
RG nº 7560663, data de expedição 30/03/2004  
Órgão SDS, portador do CPF nº 068.437.724-12,  
com domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Augusto José Duarte, nº 1513,  
complemento Casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima  
CARMUZINA ANA GOMES LEITE, cujo o condutor era  
x Emanuel Gomes Leite.  
Veículo: MOTO Modelo: Titan 150 Ano: 2007  
Placa: KAU1731 Chassi: 9C2KC08507R043098  
Data do Acidente: 02/01/2019

Local e Data: SERRA TALHADA - PE 25/03/2019

Emanuel Gomes Leite

Assinatura do Declarante

x Emanuel Gomes Leite

Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE

Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA

Telefone: (87) 30311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de EMANUEL GOMES  
LEITE. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste ( ) da  
verdade. ( ) Reginaldo Anísio da Silva - Titular. ( )  
Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Encol. R\$ 3,39. TSNR  
- R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0874872.BXD03201901.02838 25/03/2019 13:35:16  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

Maria Lúcia de Sousa  
CPF: 087.093.384-20

EXCELSIOR SEGURO:  
11 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 66.

Data: 02.01.2019. Hora: 10:33.  
 Nome: Carmezina Ana Gomes Leite  
 Nome Social: Profissão: Representante  
 Nascimento: 20.09.43. Sexo: F. Estado Civil: Viúva  
 Escolaridade: 4ª série Responsável: B. Militar  
 Mãe: Ana Nunes da Silva Duarte 1315.  
 Endereço: Rua Augusto de Góes, 1315.  
 Bairro: Graça Município: J. L. Fone: 9.9631.6599.  
 Cartão SUS: RO/CPF: 1.847.899.  
 Raça/Cor: Branca Preta X Parda Amarela Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

Doi Coxar E

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

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Paciente portadora NIE, deprimida, apresentando com E dor, mobilidade reduzida e sintomas de NIE

Tratamento:

Doi Coxar E SPA 200  
 e 200 - Redução  
 Intensiva

Hipótese Diagnóstica:

Fratura supra-intercôndilo  
 femur E

Carimbo e Assinatura:

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS  
 11 ABR. 2019  
 SEGURO DPVAT



**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE

Lamozina Ana Gomes Leite

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

63207

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

702906583656771

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/09/1943

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 2

10 - RAÇA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Ana Nunes da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 87 96316594

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

DDD 87 96316594

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R: Augusto José Duarte, 315 1º SEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sena Gallada

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

2613309

18 - UF

PE

19 - CEP

56903000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Doença degenerativa MIE, de progressão  
 acelerada, com e, mobilidade  
 reduzida, dor e superexercício  
 funcional MIE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

dx Coxa E AP+Pul

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Doença degenerativa da articulação 5728

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050586

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antonio Roberto de Freitas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09.01.19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

261910500009-9

93

09.01.19 a 13.01.19

( ) CNS

( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Ilo Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8803

Médico Autorizador

XIGERES

# ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:

03/01/2019 14:46

MÉDICO SOLICITANTE

JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 9608

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Nº DO PRONTUÁRIO:

524824

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

702906583656771

DATA DE NASCIMENTO:

20/09/1943

SEXO:

Feminino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:

ANA NUNES DA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:

87996316594

ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

RUA 15 DE NOVEMBRO, 370, CENTRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

FLORESTA

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

2605707

UF:

PE

CEP:

56400000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACT, COM FRATURA SUPRA INTERCONDILIANA FEMUR E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA SUPRA INTERCONDILIANA FEMUR E

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## SINAIS VITAIS

F. CARDÍACA

75 Bpm

F. RESPIRATÓRIA

19 lpm

PRES. ARTERIAL

110/60 MMHG

SATURACAO

99 %

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

URGÊNCIA

DOCUMENTO:

(X) CNS ( ) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

## EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

## AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:

(X) CNS ( ) CPF

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

## ESCLARECIMENTOS

## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### EVOLUÇÃO

**Data/Hora**      **Profissional Evolução**  
03/01/19 14:46      JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

**Descrição**  
Solicitação Leito

### TEMPO DE ATENDIMENTO

Data / Hora	Status	Tempo utilizado	Usuário/Estabelecimento	Observação
03/01/19 14:46	Em digitação	0h:0m:48s	ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Solicitação armazenada.
03/01/19 14:46	Aguardando Regulacao		ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA	Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.

### DADOS CANCELAMENTO

### DADOS ALTA

### ASSISTIDO

Data / Hora	Paciente Assistido	Usuário
-------------	--------------------	---------

### DADOS REJEIÇÃO

### COMUNICAÇÃO ATIVA

### OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA





Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 09/01/2019	Atendimento: 0007726	Quarto/leito: 305 / 5
<b>Paciente: 00063207 - CARMOZINA ANA GOMES LEITE</b>		
Data Nasc: 20/10/1943	Idade: 75 Anos	Sexo: Feminino
Profissão: APOSENTADA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Estado Civil: Viuvo
Nome Pai: JOSE AGOSTINHO GOMES		Nome Mãe: ANA NUNES DA SILVA
Endereço: AUGUSTO JOSE DUARTE, 315 - IPSEP - SERRA TALHADA - PE		
Telefones: ( ) . / ( ) . / (87) 9631.6594		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito ( )    Acidente de Trabalho ( )    Outros Acidentes ( )    Agressão ( )		
Suicídio ( )    Casual ( )    Outros ( )		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ( ) .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
<b>ANAMNESE E EXAME FÍSICO:</b>		
<p>Transtorno emocional, claudicação funcional e limitação funcional</p>		
Diagnóstico Inicial: <u>FRAT. SC FEMUR (C)</u>		
SADT:		
Diagnóstico Final: <u>FRAT. SC FEMUR (C)</u>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X)	Descição Médica (X)	Data do Internamento: <u>9, 1, 19</u>
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	Data da Alta: <u>13, 1, 19</u>
Piorando ( )	Transferência ( )	Local: _____
Óbito + 48h ( )	Evasão ( )	
Óbito - 48h ( )	Indisciplina ( )	
Óbito em ____/____/____		
Hora : _____		<p><u>[Assinatura]</u></p> <p>Medico Responsavel</p>



Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 09/01/2019

Atendimento: 0007726

Quarto/leito: 305 / 5

Paciente: 00063207 - CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Cirurgia Realizado:

OSTEOTOMIA  
Femur (E)

N. do Procedimento:

0408050586

Data: 11/01/19

Início:

Término

Cirurgião: ANOZE B.

1º Auxiliar: PEDRO A.

2º Auxiliar:

Anestesista: S. P. S.

## DESCRIÇÃO CIRURGICA:

- ① PETE EM ODH
- ② ASSEPSIA / ANTISEPSIA
- ③ MARCAR CAMPOS ESTERIL
- ④ INCISÃO LATERAL COXA (E)
- ⑤ ABORDAR POR PLANOS
- ⑥ REDUZIR FRATURA
- ⑦ FIXAÇÃO C/ PARAFUSO ESQUELÉTICO + PLACA  
DUP 4.5 + PARAFUSOS
- ⑧ LAVAR C/ FOS. S.
- ⑨ FUTURA + CURATIVO

Assinatura do Cirurgião




HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES  
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: CARMOLINA RITA GOMES VITTE

DIAG. Fratura supra-condilária  
do fêmur LHE

NO Hospital São Vicente

- ① DIATO LHE.
- ② Morte no posto no UHTO
- ③ SF 0,8% - 500 ml UHTO
- ④ DILIMENS - 01 ml + 01 ml 6/11/18 0006
- ⑤ PARITIZIMO - 01 ml 12/12/18 00
- ⑥ LCC

  
Dr. André Barreto  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-9809 TEOT-4536

Data: 3 / 1 / 18

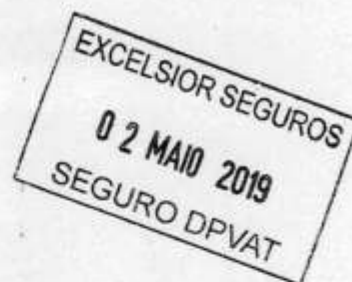
Médico - CRM

EXCELSIOR SEGUROS  
11 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

# Clínica Médica Especializada

**Dr. João Cesar da Cunha**

CRM: 10990  
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO  
ENDOCRINOLOGIA  
Fone: (87) 3831-1601/ 9 9991-5659



**CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

Paciente veio a sofrer uma queda de moto onde resultou em um trauma na perna esquerda. Foi encaminhado ao Hospam onde após exames de imagem constatou fratura supra intercondiliana no fêmur esquerdo. Foi encaminhado ao Hospital São Vicente onde realizou cirurgia para estabilização e consolidação da fratura.

Após sua alta hospitalar e passando pela avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela refere a dores provocadas pelas placas e parafusos, dificuldade para deambulação, impossibilidade suprema para realizações de práticas diárias como tomar banho, ir ao vaso sanitário, vestir roupas, rigidez da flexão do joelho esquerdo.

Devido ao grau elevado de osteoporose provocada por 26 anos de menopausa, sarcopenia extrema devido a qualidade, fica difícil a locomoção pela ausência completa da musculatura inviabilizando de todas as tarefas laborais assim como a funcionalidade dos membros inferiores.

Apresenta déficit laboral em 100% e déficit funcional em 100% devido a idade.

Serra Talhada, 29 de abril de 2019

*Dr. João Cesar da Cunha*  
Medicina do Trabalho  
CRM: 10990

**CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

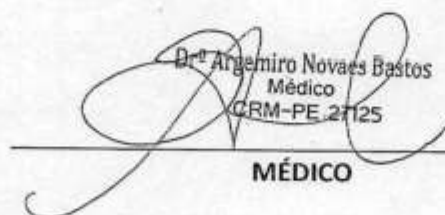
Paciente, sexo feminino, 75 anos, refere queda de motocicleta em movimento no dia 02 de janeiro de 2019, em área urbana, sendo socorrida para o Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, no município de Serra Talhada, em Pernambuco. Após exames de imagem, foi constatado fratura de fêmur à esquerda em terço distal sendo necessária cirurgia ortopédica para correção da fratura, realizada na Clínica São Vicente.

Hoje, após avaliação clínica de sequelas por mim realizado, a paciente sob o exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra apresenta como sequela: dificuldade de deambulação mesmo com ajuda de apoio, dor crônica em membro inferior esquerdo associado a edema em articulação do joelho.

No atual momento, apresenta déficit funcional de 70% para membro inferior esquerdo e déficit laboral em 100 % para as suas funções de agricultora.

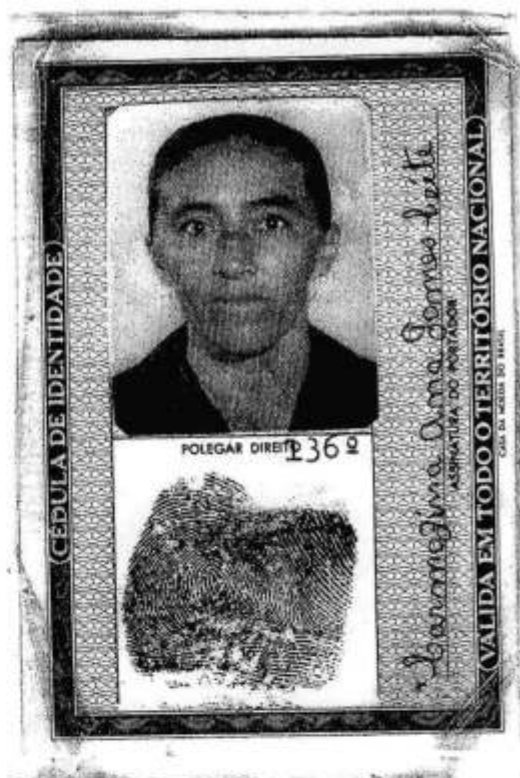
SERRA TALHADA, 11 DE JUNHO DE 2019.



  
**Dr. Argemiro Novaes Bastos**  
Médico  
CRM-PE 27125  
MÉDICO



9.9631.6594



EXCELSIOR SEGUROS  
11 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **984.057.214-87**

Nome: **CARMOZINA ANA GOMES LEITE**

Data de Nascimento: **20/09/1943**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/01/1993**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **15:50:01** do dia **11/04/2019** (hora e data de Brasília).  
Código de controle do comprovante: **8547.8691.A24D.E75C**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

IDENTIDADE/CAD. EMISSOR: **5840550-BHF/PE**

DATA NASCIMENTO: **03/05/1978**

FILIAÇÃO: **GILBERTO CARLOS DE LIMA**  
**A**  
**MARIA DE LOURDES MELO**  
**DE LIMA**

PERMISSÃO: **AB**

Nº REGISTRO: **02136855400**

VALIDADE: **30/06/2022**

DATA EMISSÃO: **18/12/2001**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *George Carlos Melo Lima*

LOCAL: **SERRA TALHADA, PE**

DATA EMISSÃO: **24/07/2017**

ASSINATURA DO EMISSOR: *[Assinatura]*

PERNAMBUCO

VALIDAR EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL  
**1482661245**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
**1482661245**

EXCELSIOR SÉGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013727859546  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 912993707 R.N.T.R.C. \*\*\*\*\* EXERCÍCIO 2018

NOME

EMANUEL GOMES LEITE

SERRA TALHADA-PE

CPF/CNPJ

068.437.724-12

PLACA

KJU1731

PLACA ANT./UF

CHASSI

\*\*\*\*\*/PE 9C2KC08507R043098

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PA3 /MOTOCICLETA

GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA/CG 150 TITAN E3

ANO FAB.

2007

ANO MOD.

2007

CAR / POT / CIL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

IPVA 2018 QUITADO

1° \*\*\*\*\*

FAIXA IPVA

\*\*\*\*\*

PARCELAMENTO / COTAS

\*\*\*\*\*

2° \*\*\*\*\*

3° \*\*\*\*\*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

RECEBIMENTO DE PONTE ORBITAL

NOTA PARA TRANSFERÊNCIA

SERRA TALHADA

DATA

02/08/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Diretor Presidente DETRAN/PE

PE Nº 013727859546 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EMANUEL GOMES LEITE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

0

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

SERRA TALHADA-PE

2018

02/08/18

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

068.437.724-12

KJU1731

RENAVAM

MARCA / MODELO

912993707

HONDA/CG 150 TITAN E3

ANO FAB.

2007

CAT. TARIF.

09

Nº CHASSI

9C2KC08507R043098

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

SEGURO PAGO

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☐ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTROQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT  
SUA NÃO É DE PONTE OBRIGATORIO

EXCELSIOR SEGUROS  
11 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

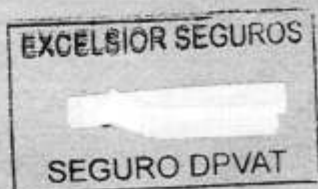
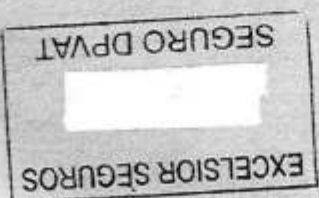
REMETENTE:

GEORGE CARLOS MELO LIMA

RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA Nº 573

BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO - SERRA TALHADA PE

CEP 56.903-220



DESTINATÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS

AV. MARQUÊS DE OLINDA, 175

RECIFE PE

CEP. 50030-000

Tel. (041) 81 - 3087-9200

EXCELSIOR SEGUROS

11 ABR. 2019

SEGURO DPVAT



FC096840

 ☐ AR ☐ MP  
Correios

PESO (kg)  
1.062

**SEDEX**

12

SM 325113488 BR





# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do fêmur esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Bloqueio articular do joelho esquerdo associado a instabilidade articular acarretando limitação funcional do membro inferior esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Submetida a tratamento cirúrgico da fratura do fêmur esquerdo.  
Sem menção a fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 06/2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional moderada do membro inferior esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/07/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior esquerdo.  
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.Vítima indenizada em 50% do Joelho esquerdo, recebe agora indenização complementar.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 32,1 %	22,47%	R\$ 3.033,45
		<b>Total</b>	<b>22,47 %</b>	<b>R\$ 3.033,45</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do fêmur esquerdo.

**Descrição do exame físico:** Bloqueio articular do joelho esquerdo associado a instabilidade articular acarretando limitação funcional do membro inferior esquerdo.

**Resultados terapêuticos:** Submetida a tratamento cirúrgico da fratura do fêmur esquerdo.  
Sem menção a fisioterapia.  
Recebeu alta médica em 06/2019.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional moderada do membro inferior esquerdo.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 01/07/2019

**Conduta mantida:** Não

**Observações:** Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do joelho esquerdo, com comprometimento funcional e diminuição da força do membro inferior esquerdo.  
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.Vítima indenizada em 50% do Joelho esquerdo, recebe agora indenização complementar.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 32,1 %	22,47%	R\$ 3.033,45
Total			22,47 %	R\$ 3.033,45

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 1 SINISTRO COM PAGAMENTO R\$ 1.687,50 - DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 03/05/2019 - APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 26/06/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 SINISTRO COM PAGAMENTO R\$ 1.687,50 - DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO - VÍTIMA INDENIZADA POR AMD EM 03/05/2019 - APRESENTA NOVO RELATÓRIO MÉDICO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 VÍTIMA COM 76 ANOS

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 18/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL E SUMÁRIO DE ALTA;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

**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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190273272 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE **Data do acidente:** 02/01/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 03/05/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DE JOELHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** @1 VÍTIMA COM 76 ANOS

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

## Procuração

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

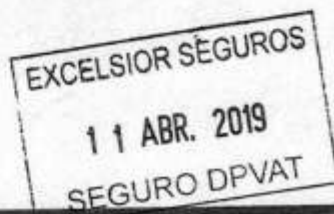
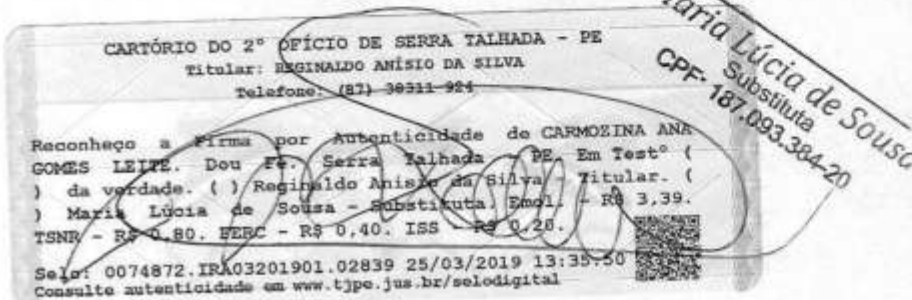
1. Outorgante CARMOZINA ANA GOMES LEITE,  
portador(a) do documento de identidade nº 1.847.899, expedido por SDS,  
em 01/08/78 inscrito no CPF sob o nº 984.054.214-87, residente na  
Augusto José Duarte, nº 1328,  
complemento Casa, Bairro IPSEB, cidade  
SERRA TALHADA, Estado PE, Data do acidente 02/04/2019  
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELLO LIMA,  
portador(a) do documento de identidade nº 5840550, expedido por SSP-PE,  
em 24/07/2017 inscrito no CPF sob o nº 008.475.324-29, residente na  
ANTÔNIO TOME DE SOUZA, nº 573,  
complemento CASA, Bairro SÃO CRISTOVÃO, cidade  
SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizeram necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

SERRA TALHADA-PE 25 de 03 de 2019

Outorgante X Carmozina Ana Gomes Leite



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125587/19

**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE

**CPF:** 984.057.214-87

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

### CARMOZINA ANA GOMES LEITE : 984.057.214-87

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](http://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: 11/04/2019  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

\_\_\_\_\_  
GEORGE CARLOS MELO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/04/2019  
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA  
CPF: 026.826.254-36

\_\_\_\_\_  
SIMONE BARBOSA CORREIA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125587/19

**Número do Sinistro:** 3190273272

**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE

**CPF:** 984.057.214-87

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 02/01/2019

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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: 13/06/2019  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

\_\_\_\_\_  
GEORGE CARLOS MELO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/06/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

\_\_\_\_\_  
RAIANNE SILVA BARBOSA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125587/19

**Número do Sinistro:** 3190273272

**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE

**CPF:** 984.057.214-87

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 02/01/2019

**Titular do CPF:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

## 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](http://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: 02/05/2019  
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA  
CPF: 008.475.324-29

\_\_\_\_\_  
GEORGE CARLOS MELO LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019  
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA  
CPF: 102.869.074-61

\_\_\_\_\_  
RAIANNE SILVA BARBOSA