

# 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

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, 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



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, 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 médica-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



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, 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, retorno 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



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, 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, retorno 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:

984.057.214-87

Nome completo da vítima:

CARMORINA AIVA GOMES LEITE

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

Nome completo:

CARMORINA AIVA GOMES LEITE

CPF: 984.057.214-87

Profissão:

Endereço:

APOSENTADA AUGUSTO JOSÉ DUARTE

Número: 7315 Complemento: CASA

Bairro:

EPSEP

Cidade:

SERRA FALHADA

Estado:

PE

CEP:

56.903.234

E-mail:

Tel. (DDD): 93.49998.1777

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

1067

CONTA:

28.031

(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

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. 39, §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)  Divorciado  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:  
Vivos: Falecidos: 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 não alfabetizado

Local e Data:

Reato 11/04/19

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura  
11 ABR. 2019  
SEGURADO DPVAT

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SELVAGEM, 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 00000553 AGENTE 701316 AUTE 53412  
COBAN:065325 LOJA:0001 PDV:000553  
04/04/2019 BANCO DO BRASIL 13:38:06  
024632581 CORRESPONDENTE BANCARIO 0285  
COMPROVANTE DEPOSITO EM CONTA CORRENTE  
EM DINHEIRO

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

---

DATA	04/04/2019
NR. DOCUMENTO	2.966.532.500.285
VALOR DINHEIRO	5,00
VALOR TOTAL	5,00

---

NR. AUTENTICACAO 5.413.698.445.4CF.ABA



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0267001074**

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

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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: **9C2KC06507R043098**  
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 SEGUITA. 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*  
**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? [X] Sim [ ] Não**

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a  
qualquer medida terapêutica)? [X] 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 ás 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

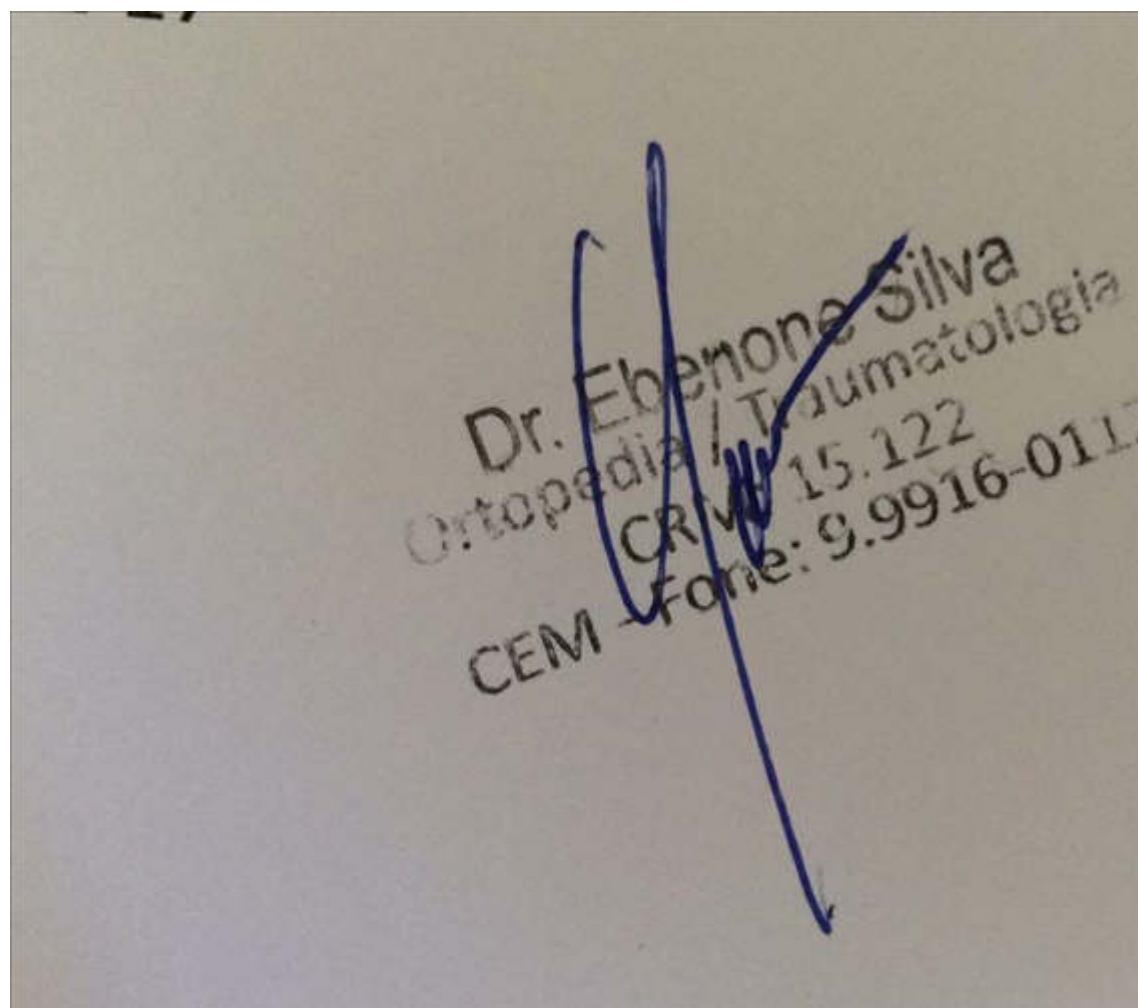
Região Corporal

\_\_\_\_\_  
% 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.**



---

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE

# 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:

989.057.214-87

Nome completo da vítima:

CARMORINA ANA GOMES LEITE

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

Nome completo:

CARMORINA ANA GOMES LEITE

CPF: 984.057.214-87

Profissão:

ADOLESCENTE

Endereço:

AUGUSTO JOSÉ DUARTE

Número: 7375

Complemento: CASA

Bairro:

EPSEP

Cidade:

SERRA TALHADA

Estado: PE

CEP: 56.903.234

E-mail:

Tel.(DDD): 87.49998.1771

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO:

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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)
- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237)        | <input type="checkbox"/> Itaú (341)                    |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA:  CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:  CONTA:   
(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.

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

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

- Não há IMI que atende a região do acidente ou da minha residência; ou  
 O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou  
 O IMI 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)  Divorciado  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:  
Vivos:  Falecidos: 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 não alfabetizado

Local e Data,

Reate 10/04/19

Nome:

CPF:

### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura  
11 ABR. 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) 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 ~~PEREIRA DA SILVA~~  
ANSELMO TEN. CPT 00000000  
MAG 02000000  
RG 0792012-1 GB

**CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 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 SÉGUROS*





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902  
CNPJ 10.835.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE  
MARIA DE LOURDES MELO LIMAENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

CPF: 286.442.044-91

ALTO DA CONCEIÇÃO/SERRA TALHADA  
SERRA TALHADA PE  
56903-220CLASSIFICAÇÃO  
BI RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

CONTACONTRATO	MES/ANO
1130133025	03/2019
DIA DE VENCIMENTO	21/03/2019
DIA DE PAGAMENTO	11/04/2019

Nº DA NOTA FISCAL SÉRIE EMISSÃO  
054119081 UNICA 14/03/2019APRESENTAÇÃO N.º DO CLIENTE N.º DA INSTALAÇÃO  
14/03/2019 2000630115 3801341TOTAL A PAGAR (R\$)  
198,60

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
Consumo Ativo(kWh)	QUANTIDADE	PREÇO UNIT.	VALOR (R\$)
Contrib. Ilum. Pública Municipal	229.0000000	0,70250324	172,32
ICMS Subvenção-CDS-NF 042829824-15/12/18			8,66
ICMS Subvenção-CDS-NF 046440780-14/01/18			1,28
Doação APAE - 0800 722 2723			1,34
			15,00

TOTAL DA FATURA 198,60

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MÊS/AN	TIPO DA FUNDÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
MAR19	229					1.00000	229,00	
FEV19	240							
JAN19	218							
DEZ18	332							
NOV18	242							
OUT18	248							
SET18	162							
AGO18	182							
JUL18	168							
JUN18	180							
MAI18	180							
ABR18	208							
MAR18	330							

Fique ciente que é vedado remeter ou receber correspondência para o endereço da fatura, salvo se autorizado por escrito. Para mais informações sobre os direitos e deveres do consumidor, consulte o site da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEEL) no endereço [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br). O cliente é responsável pelo cumprimento das regras de consumo estabelecidas na legislação federal e estadual. Pode, em atenção ao artigo 276 (II) da Lei nº 11.492/2007, haver a aplicação de multa de 10% (dez) sobre o valor da fatura, caso o cliente não pague a sua fatura social de energia elétrica no prazo de 30 dias, a partir da data de vencimento. O consumidor pode exercer a cobrança de serviços de fornecimento de energia elétrica, mediante a apresentação de comprovante de pagamento ou de título de crédito, em suas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

Atenção: As tarifas de fornecimento (Fornecimento ANEEL), de distribuição (Fornecimento Celpe) e de consumo (Fornecimento Celpe) são definidas pelo Conselho de Tarifas (CT) da ANEEL, de acordo com a legislação federal e estadual. O cliente é responsável pelo cumprimento das regras de consumo estabelecidas na legislação federal e estadual. Pode, em atenção ao artigo 276 (II) da Lei nº 11.492/2007, haver a aplicação de multa de 10% (dez) sobre o valor da fatura, caso o cliente não pague a sua fatura social de energia elétrica no prazo de 30 dias, a partir da data de vencimento. O consumidor pode exercer a cobrança de serviços de fornecimento de energia elétrica, mediante a apresentação de comprovante de pagamento ou de título de crédito, em suas unidades de atendimento e no site [www.celpe.com.br](http://www.celpe.com.br).

DURADOURO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					níveis de tensão		
CONSUMO	PERÍODO APURADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (%)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
SIC		0,00	3,30	8,80	13,20		
PCG		0,00	3,11	8,00	0,00		
DMC	Linha DCR 1,22	EUSD - Valor do Encargo de Uso da Infraestrutura de Distribuição = R\$ 03,04					

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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 Nº9.613/98.

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

CARMOSINA ANA GOMES LEITE inscrito (a) no CPF sob o Nº 984.057.214-87,  
do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima CARMOSINA 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 TÔMÉ 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>

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

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 SOS, 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  
CARMOSINA ANA GOMES LEITE, cujo o condutor era  
Emanuel Gomes Leite.

Veículo: Moto Modelo: titán 150 Ano: 2007  
Placa: KJU1731 Chassi: 9C2KC08507R043098  
Data do Acidente: 01/01/2019

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

Emanuel Gomes Leite



Assinatura do Declarante

Emanuel Gomes Leite

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

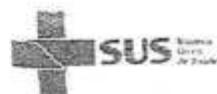
CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE  
TITULAR: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA  
Telefone: (87) 38311-924

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. Email - R\$ 3,39. TSNE - R\$ 0,80. PERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

EXCELSIOR SEGURO!  
11 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT



**HOSPITAL**  
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR  
AGAMENON MAGALHÃES



## BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 66.

Data: 02.01.2019.

Horário: 10:33.

Nome: Carmozina Ana Gomez Góisiti

Profissão:

Nome Social:

Nascimento: 20.09.43. | Sexo: F

Estado Civil: Solteira

Escolaridade: 7º ano

Responsável: B. Millet

Mãe: Olga Nunes da Silveira

Endereço: Rua Engenheiro José Dutra, 1310.

Bairro: Jockey

Município:

Fone: 9.9631-6599.

Cartão SUS:

CPF: 1.847.899.

Raça/Coração:

Branca

Preta

X Parda

Amarela

Indígena

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO

AMARELO

VERDE

AZUL

Situação/Queixa:

Door Coxas e

PA:

P脉:

HGT:

T:

SpO<sub>2</sub>:

Peso:

Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

### ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

paciente sente dor MIE, aliviada com o uso de paracetamol, dor no lado direito, sente-se melhor. Sintomas iniciados há 1 mês.

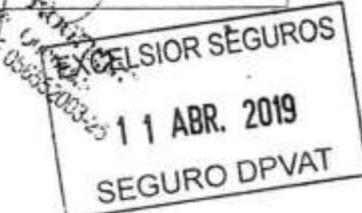
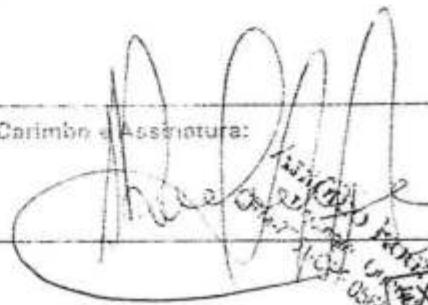
Tratamento:

Door Coxas e APP 2 kg  
Tack Jogo - Redutor  
Infiltrado.

Hipótese Diagnóstica:

Fratura Súfa - Intercostal  
femur e

Carimbo e Assinatura:





**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

Larissa Nunes da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

63207

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70123065836562713 20/09/1943

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc.

Fem.

13

10 - RACA/COR

Parda

11 - NOME DA MÃE

Ana Nunes da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

81 96316594

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Augusto Jose Duarte, 315 1º PSEP

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

Sena Madella

2613309 PE 5690130010

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dores nas articulações, especialmente nas coxas e hombros, dificuldade para se locomover, dor e desconforto muscular

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de exames

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

doença das coxas e hombros

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDARIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fractura exposta, lesão condilar S728

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteosíntese

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

Antônio Pereira de Andrade MCW CRM: 153.272.214-15

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/01/19

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

CRÉDITO: 002.000.27

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA 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 DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

261910500009-9

02

J2

48 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Ilio Pereira de Andrade MCW

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8003

Médico Autorizador

09.01.19 / 13.01.19-

## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:	HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA	DATA DA SOLICITAÇÃO:	03/01/2019 14:46
MÉDICO SOLICITANTE	JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES	ASSINATURA E CARMÍBO (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
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:	ANA NUNES DA SILVA	SEXO:	Feminino
ENDERECO (RUA, N°, BAIRRO):	RUA 15 DE NOVEMBRO, 370, , CENTRO	TELEFONE DE CONTATO:	87996316594
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 ASOCIADAS:

## SINAIS VITais

F. CARDÍACA	F. RESPIRATÓRIA	PRES. ARTERIAL	SATURACAO
75 Bpm	19 lrpm	110/60 MMHG	99 %

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:	CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:		
CLÍNICA:	CARÁTER DA INTERNAÇÃO:	DOCUMENTO:	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:
	URGÊNCIA	(X) CNS ( ) CPF	

EXECUTANTE	NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:	DATA DE AUTORIZAÇÃO:
------------	-------------------------------------	----------------------

TIPO DE LEITO:	ESPECIALIDADE:
----------------	----------------

MÉDICO AUTORIZADOR:
---------------------

AUTORIZAÇÃO	NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	DATA DA SOLICITAÇÃO:
DOCUMENTO:	Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
(X) CNS ( ) CPF		

## ESCLARECIMENTOS



## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### EVOLUÇÃO

Data/Hora Professional 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	Atendimeto: 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	Nacionalidade: BRASILEIRO
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 Transito ( )	Acidente de Trabalho ( )	Outros Acidentes ( )
Suicidio ( )	Casual ( )	Outros ( )
Nome Acompanhante:	Telefone de Contato: ( ) .	
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrencia:		
<b>ANAMNESE E EXAME FISICO:</b>		
<p>dores coss (5), dolor, dor e limitação funcional</p>		
Diagnóstico Inicial:		
<p>Fest - sc Fratur (6)</p>		
SADT:		
Diagnóstico Final:		
<p>Fest - sc Fratur (6)</p>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorada (X)	Descrição Médica ( )	Data do Internamento: 9, 1, 19
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	Data da Alta: 13, 1, 19
Piorando ( )	Transferência ( )	Local: _____
Obito + 48h ( )	Evasão ( )	
Obito - 48h ( )	Indisciplina ( )	
Obito em _____ / _____ / _____		
Hora : _____		Medico Responsavel



Hospital São Vicente

# Hospital São Vicente

Data Atend: 09/01/2019

Atendimeto: 0007726

Quarto/leito: 305 / 5

Paciente: 00063207 - CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Cirugia Realizado:

N. do Procedimento:

ESTERILIZADO  
FONK @  
11/01/19

0408050 586

Data: 11/01/19

Inicio:

Término

Cirurgião: ANDRÉ B.

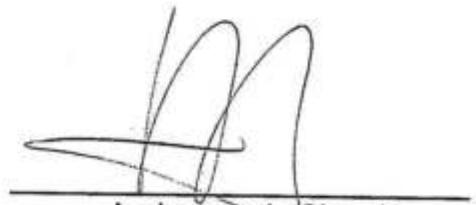
1º Auxiliar: PEDRO A.

2º Auxiliar:

Anestesista: Sérgio

## DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:

- ① PATE EM ODI
- ② ASSEPSIA / ANTISEPSIA
- ③ HODOROS EXPOS ESTIMET
- ④ AVÉSIS LUNAR COAT @
- ⑤ ABERTURA POR PLANOS
- ⑥ DEDOS EXAMINAT
- ⑦ FIXAÇÃO CLIP FUSO ESQUILLO + PLACA DCP 4.5 + PLASTFOOT
- ⑧ LIGA CL FO, S.
- ⑨ FUTURA + ARSTICO



Assinatura do Cirurgião



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

Nome: Carmoiva nos Corais Vito

DAG. Franos supra-ventriculares  
do fêmur direito

10 Hospital São Vicente

① Duros liso.

② Maran novo no vaso

③ Sf 0,3% - 500 ml de vaso

④ Dipinans - 01 ml + 100 ml d'água

⑤ maranizina - 01 ml GV 12/12 (18/06)

⑥ CCC

Dr. André Barreto  
Ortopédico e Traumatologista  
CRM-PE 0098 TEC 45%

Data: 3/11/18

Médico - CRM



# 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



CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

Dra. Andressa Diniz  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PE 20122

Dr. Carlos Kennedy  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PE 20122

Dr. Ebenone A. Silva  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PE 20122

Dra. Martha Arruda  
CIRURGIA - ORTOPEDIA  
CRM-PE 20122

Dr. Adelsson Feitosa  
CIRURGIA ORTOPEDICA/CRM-PE  
CRM-PE 20122

Dra. Ana Carolina Sampalo  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PE 20122

Dr. Antônio Melo  
CIRURGIA - ORTOPEDIA  
CRM-PE 20122

Dr. Jailson José  
ORTOPEDISTA  
CRM-PE 20122

Dra. Danniely Duarte  
ORTOPEDISTA - TRAUMATOLOGISTA  
CRM-PE 20122

### 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.

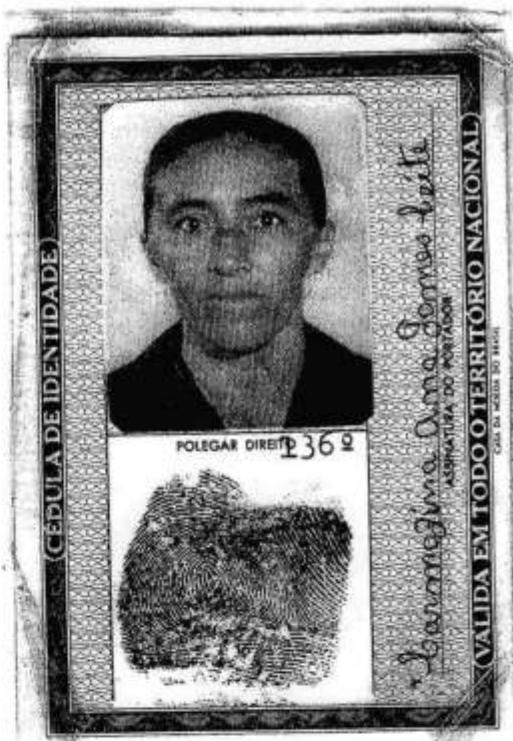
EXCELSIOR SEGUROS  
13 JUN. 2019  
SEGURO DPVAT

SERRA TALHADA, 11 DE JUNHO DE 2019.

Dra. Argemiro Novaes Bastos  
Médico  
CRM-PE 27125

MÉDICO

9-9631.6594





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**

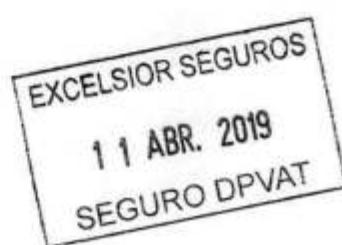
Dígito Verificador: **00**

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.)





**EXCELSIOR SÉGUROS**  
**11 ABR. 2019**  
**SEGURADO DPVAT**

MATRIZ DA POLÍCIA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013727859546

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

NOME  
EMANUEL GOMES LEITE

SERRA TALHADA-PE

CPF/CNPJ	PLACA
068.437.724-12	KJU1731

PLACA ANTI-UF	CHASSI
*****	9C2KC06507R043098

ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA	gasolina

MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN ES	2007	2007

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
2P/149CC	PARTIC	PRETA

I COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC / COTAS
P IPVA 2018 QUITADO		1º *****
V FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****
A *****	*****	3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÉMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			02/08/18

OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			

FORNECEDOR DE PORTA OBRI			
O PARA TRANFERIR			

Charles Andrews Sousa Ribeiro			
Diretor Presidente DETRAN/PE			

SERRA TALHADA			
DATA			

02/08/18

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
SERRA TALHADA-PE	2018	03/08/18

CPF / CNPJ	PLACA
068.437.724-12	KJU1731

RENAVAM	MARCA / MODELO
912993707	HONDA/CG 150 TITAN ES

ANO FAB.	CALIFAR	Nº CHASSI
2007	09	9C2KC06507R043098

FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
-----------	----------------	-----------------------

SEGURADO PAGO	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
---------------	-----------	------------------------------------

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
-----------	------------------

COTA UNICA	PARCELADO
------------	-----------

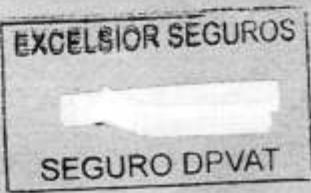
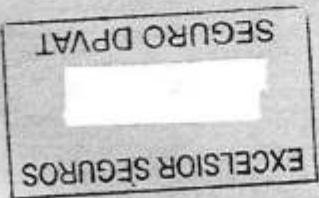
SEGURADORA LÍDER - DPVAT		
--------------------------	--	--

CNPJ 09.248.608/0001-04

DETALHES Sobre o bilhete do seguro DPVAT  
Sobre o nome de portador do seguro

EXCELSIOR SEGUROS  
11 ABR. 2019  
SEGURO DPVAT

REMETENTE :  
GEORGE CARLOS MELO LIMA  
RUA - ANTONIO TOME DE SOUSA Nº 523  
BAIRRO SÃO CRISTÓVÃO - SERRA TALHADA PE  
CEP 56.903-220



DESTINATARIO

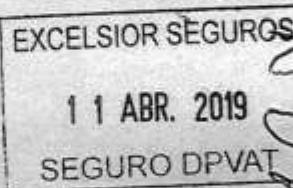
EXCELSIOR SEGUROS

Av. MARQUES DE OLINDA, 175

RECIPIENTE

CEP. 50030-000

Tel. (041) 81 - 3087-9200



# 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
		<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 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
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</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 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 FÉMUR 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 ESCALARRECER 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
		<b>Total</b>	<b>7 %</b>	<b>R\$ 945,00</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 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 FÉMUR 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190273272      **Cidade:** Serra Talhada      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** CARMIZINA 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 FÉMUR 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 INVIAILIZOU ESTABELECE 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: RAIO 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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE FÉMUR 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## 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 01/01/18 inscrito no CPF sob o nº 984.057.214-87, residente na  
Augusto José Duarte, nº 1325,  
complemento Casa, Bairro JPSGD, cidade SERRA TALHADA, Estado PE. Data do acidente 02/04/2019  
DPVAT cobertura INVALIDEZ.

2. Outorgado GEORGE CARLOS MELO 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  
ANTONIO TOME DE SOUZA, nº 523,  
complemento CASA, Bairro SAO CRISTOVAO, cidade SERRA TALHADA, Estado PE.

Amplos 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

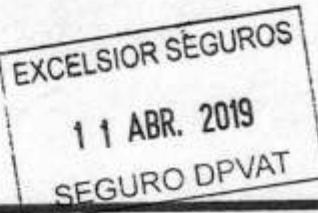
X carmozina ana gomes leite

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE  
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA  
Telefone: (87) 38311-921

Reconheço a Firma por Autenticidade de CARMOZINA ANA GOMES LEITE. Dou Fc. Serra Talhada PE. Em Testº ( ) da verdade. ( ) Reginaldo Anísio da Silva Titular. ( ) Maria Lúcia de Sousa - Substituta. Email: - R\$ 3,39.  
TSNR - R\$ 0,80. HERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,26.

Selar: 0074872.IRA03201901.02839 25/03/2019 13:35:50  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/seodigital](http://www.tjpe.jus.br/seodigital)

Maria Lúcia de Sousa  
Substituta  
CPF: 187.093.384-20



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0125587/19

**Vítima:** CARMOZINA ANA GOMES LEITE

**CPF:** 984.057.214-87

**CPF de:** Próprio

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

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

**Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

GEORGE CARLOS MELO LIMA

---

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 02/01/2019

Titular do CPF: CARMOZINA ANA GOMES LEITE

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

---

GEORGE CARLOS MELO LIMA

---

RAIANNE SILVA BARBOSA