

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371240 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE SÍNFISE MANDIBULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DAS SEQUELAS DEFINITIVAS QUE TENHAM PERSISTIDO APÓS O TÉRMINO DO TRATAMENTO.

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371240 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO.
FRATURA DE SÍNFISE MANDIBULAR ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: FOI SOLICITADO RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLINICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO,LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM,EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS,FOLHA DE ANESTESIA E SUMÁRIO DE ALTA, POREM NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS. E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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: 3180371240 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/09/2018

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO
FRATURA DE SÍNFISE MANDIBULAR ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APRESENTAR RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO, LAUDO DE EXAMES DE IMAGEM DA LESÃO E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO MÉDICO, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE E DATA DE REALIZAÇÃO. EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

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 PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371240 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURA DA SÍNFISE MANDIBULAR À ESQUERDA, FRATURA DA REGIÃO DO MENTO E FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE ALTERAÇÕES AUDITIVAS EM OUVIDO ESQUERDO, AFIRMA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS EM ARCADAS DENTAL INFERIOR ESQUERDA. REFERE USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR FACIAL. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (2+/4+) EM HEMIFACE ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM E DESVIO DA COMISSURA LABIAL PARA ESQUERDA. QUEIXA DE DOR DURANTE A PALPAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ESQUERDA, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ORBITAL ESQUERDA E REGIÃO ZIGOMÁTICA DE MODERADA INTENSIDADE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM USO DE PLACAS E PARAFUSOS DE MINI FRAGMENTOS. RECEBEU ALTA APÓS 3 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'O. Corrêa dos Santos Filho'.

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180371240 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA **Data do acidente:** 30/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURA DA SÍNFISE MANDIBULAR À ESQUERDA, FRATURA DA REGIÃO DO MENTO E FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

Descrição do exame médico pericial: VÍTIMA REFERE ALTERAÇÕES AUDITIVAS EM OUVIDO ESQUERDO, AFIRMA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS EM ARCADAS DENTAL INFERIOR ESQUERDA. REFERE USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR FACIAL. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (2+/4+) EM HEMIFACE ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM E DESVIO DA COMISSURA LABIAL PARA ESQUERDA. QUEIXA DE DOR DURANTE A PALPAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ESQUERDA, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ORBITAL ESQUERDA E REGIÃO ZIGOMÁTICA DE MODERADA INTENSIDADE.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM USO DE PLACAS E PARAFUSOS DE MINI FRAGMENTOS. RECEBEU ALTA APÓS 3 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

Sequelas permanentes: Dano cranio facial

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/10/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Tiago Martins Formiga

CRM do médico: 8085

UF do CRM do médico: PB

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau médio - 50 %	50%	R\$ 6.750,00
Total			50 %	R\$ 6.750,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'O. Corrêa dos Santos Filho'.

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSIMAR FELIPE DA SILVA, Portador do documento de identidade nº 6.975.077, expedido por SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 057.410.674-09, residente na Rua Treze nº 06, bairro Vila São Luiz, Buenos Aires/PE.

OUTORGADO: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI, brasileira, casada, portadora do documento de identidade nº 7.788.638 SDS/PE, inscrito no CPF sob o nº 086.005.684-80, residente na Rua Jose Emiliano, nº 1A, centro, Buenos Aires/PE.

PODERES: Poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar, requerer, cancelar e dar entrada junto a Seguradora conveniada a Seguradora Líder, a fim de indenização de Seguro DPVAT, Morte, Invalidez permanente, Total ou Parcial e/ou Despesas Médicas – Hospitalares. Como também qualquer documento que julgue necessário aos interesses do OUTORGANTE ou de seus dependentes em Hospitais. Podendo também assinar FORMULARIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Local e Data: Buenos Aires, 18 de junho de 2018.

Notas de
Buenos Aires-PE

Outorgante: Josimar Felipe da Silva



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3180371240**

Nome do(a) Examinado(a): **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R TREZE, 06 - SAO LUIZ - Buenos Aires - PE - CEP 55845-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6975077**

Data e local do acidente: [**30/12/2017**] **BUENO AIRES PE**

Data e local do exame: [**01/10/2018**] **Goiana** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

TRAUMA CRÂNIO FACIAL COM FRATURA DA SÍNFISE MANDIBULAR À ESQUERDA, FRATURA DA REGIÃO DO MENTO E FRATURA DO ARCO ZIGOMÁTICO ESQUERDO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA REFERE ALTERAÇÕES AUDITIVAS EM OUVIDO ESQUERDO, AFIRMA PERDA DE ELEMENTOS DENTÁRIOS EM ARCADA DENTAL INFERIOR ESQUERDA. REFERE USO DE ANALGÉSICOS PARA CONTROLE DA DOR FACIAL. AO EXAME, VÍTIMA APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (2+/4+) EM HEMIFACE ESQUERDA, DIMINUIÇÃO DA ABERTURA DA CAVIDADE BUCAL EM 2 CM E DESVIO DA COMISSURA LABIAL PARA ESQUERDA. QUEIXA DE DOR DURANTE A PALPAÇÃO DA ARTICULAÇÃO TEMPOROMANDIBULAR ESQUERDA, AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO ORBITAL ESQUERDA E REGIÃO ZIGOMÁTICA DE MODERADA INTENSIDADE.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

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

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DAS FRATURAS COM USO DE PLACAS E PARAFUSOS DE MINI FRAGMENTOS. RECEBEU ALTA APÓS 3 DIAS, FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA DEFINITIVA.

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:

Dano cranio facial

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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 (*).

"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 (Sequela):

Estruturas crânio faciais

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

% 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. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Cirurgia do Joelho
CRM-PB 8085 - CRM-PE 24411
TELEF 14830



Tiago Martins Formiga - CRM: 8085 - PB

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de:	JOSIMAR FELIPE DA SILVA
Nº Sinistro:	3180371240
Vitima:	JOSIMAR FELIPE DA SILVA
Data do Acidente:	30/12/2017
Cobertura:	INVALIDEZ
Procurador:	RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180371240**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180371240**

Vitima: **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**

Data do Acidente: **30/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180371240**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 06 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180371240**

Vitima: **JOSIMAR FELIPE DA SILVA**

Data do Acidente: **30/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180371240**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSIMAR FELIPE DA SILVA

Sinistro: 3180371240

Vítima: JOSIMAR FELIPE DA SILVA

Data do Acidente: 30/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAFAELA MARIA DE SANTANA CAVALCANTI

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180371240** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

057.410.694-09

Nome completo da vítima

Jolimara Felipe da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Jolimara Felipe da Silva	CPF titular da conta 057.410.694-09	Profissão
Endereço Rua Treze	Número 06	Complemento
Bairro Dão Luiz	Cidade Buenos Aires	Estado PE
Email		CEP 55845-000
		Telefone (DDD) 81) 9-9543-3413

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

DE R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGENCIA

 NRO.
1692

D/V

1

CONTA

 NRO.
10.595

D/V

3

(Informar dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

AGENCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

13 AGO 2018

NRO.

Av. Rui Barbosa, 715 Laem

Graciosa - Recife PE CEP:

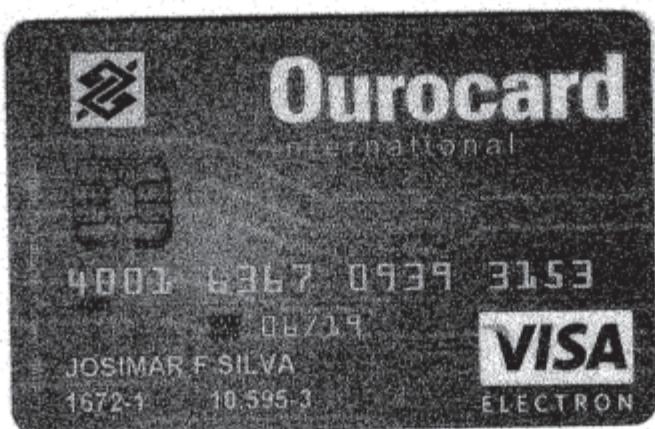
(Informar dígito se existir)

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

Buenos Aires, 30 de Julho de 2018
 Local e Data

Jolimara Felipe da Silva
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



POUPENSA





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 058º CIRCUNSCRIÇÃO - BUENOS AIRES -
DP58ºCIRC DINTER1/11ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0148000277

464403

0293760/18

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/07/2018 às
13:36

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 30/12/2017 às 16:56

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 1, SITIO BARRO
VERMELHO** - Bairro: **CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL** -
Ponto de Referência: **PROXIMO À CHÁCARA DE LUIZINHO**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOÃO JOSÉ DE FONTES (OUTRO)
JOSIMAR FELIPE DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava **AV. Roberto Marinho, 1500, 5º andar, Graciosa - Recife/PE CEP: 52011000**:
JOSIMAR FELIPE DA SILVA

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

JOSIMAR FELIPE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA
JOSÉ DA CONCEIÇÃO** Pai: **NELSON FELIPE DA SILVA** Data de Nascimento: **29/3/1978**
Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6076677/SDS/PE (RG),
85741887488 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º, GRAU INCOMPLETO** Profissão:
AUTONÔMO(A) Telefones Celulares:
- 991481433

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BUENOS AIRES, 93, RUA JOSÉ GOMES PEREIRA -
CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO À
COMPESA**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Mãe:
DESCONHECIDO Pai: **DESCONHECIDO** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO /
BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

JOÃO JOSÉ DE FONTES (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **NÃO**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Yasiman Felipe da Silva, portador da carteira de identidade nº 6935077 e inscrito no CPF/MF sob o nº 057.490.694-09, residente e domiciliado na Rua Treze de Maio 106 - São Luiz, Cidade Búzios, Estado Rio de Janeiro, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

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

Yasiman Felipe da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Búzios, 30 de Julho de 2018

Local e data

No. Ocorrência: 001345

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Prontuário: 00013033-8

Nome: JOSIMAR FELIPE DA SILVA

Endereço: RUA JOSE GOMES PEREIRA

Cidade: BUENOS AIRES/PE

Bairro: CENTRO

Documento:

CNS:

Mãe: MARIA JOSE DA SILVA

Profissão:

Idade: 39 ANOS, 9 MESES E 19 DIAS

Dt. Nasc.: 11/03/1978 Sexo: M Est. Civil: SOLTEIRO

CEP: 55845000

Nac: BRASIL

Sisprenatal:

Pai: NELSON FELIPE

Responsável:

Tel.:

Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
30/12/2017 16:56	0013450	ACIDENTE DE MOTO

RE-CONSULTA

Urgência () Não Urgência () Emergência () Acidente Trabalho () Acidente Trânsito ()

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Alcoolizado vítima
da colisão de moto.
Tremor ligeiro

Tratamento

Hr. Nuno Simões
5330750

Medida e medida +
estabilidade

BP 100/
FC 83 bpm



Exames complementares

Impressão diagnóstica

CID

1017

Motivo da saída:

Residência Internado

Justificativa:

Encaminhado: H.D.

Removido: 5330750

Óbito:

às ____ h ____ m do dia ____

Data saída:

Hora saída:

<input type="checkbox"/> CURATIVO	<input type="checkbox"/> ADM MEDICAMENTO: BÁSICO	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

Consultas / Atendimento Médico:

urgência básica urgência especializada
 observação básica observação especializada

MÉDICO / CRM

DR. FRED SANTOS
CRM-11712

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 6.750,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSIMAR FELIPE DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01672-1

CONTA: 000010010595-5

Nr. da Autenticação 5747627D48BE3851



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

Companhia Energetica do Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50005-902
CNPJ 10.633.932/0001-08 | Ins. Est. 900943-93 | www.celpe.com.brDADOS DO CLIENTE
EDNALVA RITA DE SANTANAENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TREZE 6

PF 057.857.504-30 NIS 16154943300

SAO LUIZ/BUENOS AIRES
BUENOS AIRES PE
55845-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
MonotaxicoNº DA NOTA FISCAL 03560554 EMISSÃO 29/12/2017
APRESENTAÇÃO 29/12/2017 N.º DO CLIENTE 3013936935 N.º DA INSTALAÇÃO 480478

CONTA CONTRATO 7019092393

MÊS ANO 12/2017

DATA DE VENCIMENTO 08/01/2018

DATA PRIMEIRA FOLHA DE LEITURA 29/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 32,70

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000000	0,17290604	5,18
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.000000	0,20841038	20,74
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	9.000000	0,44461554	1,33
Acréscimo Bandeira VERMELHA			1,78
Contribuição Iu - Inação Pública			2,33
Multa por atraso-NF 003748087 - 30/10/17			0,49
Multa por atraso-NF 003689003 - 29/11/17			0,50
Juros por atraso-NF 003748007 - 30/10/17			0,17
Juros por atraso-NF 003689003 - 29/11/17			0,13
Atualização IGPM-NF 003748087 - 30/10/17			0,03
Atualização IGPM-NF 003688803 - 29/11/17			0,07

TOTAL DA FATURA 32,70

DETALHAMENTO DO CONSUMO DE DESTINO FISCAL							
M. DO MEDIDOR	TIPO DA FONTE	ANTERIOR	ATUAL	DATA	LEITURA	N.º DE DAS	CONSTANTE
MV17394	CAT	36910001	8.316,00	20110007	8.419,00	30	1.005000

103,00

DETALHAMENTO DO CONSUMO DE DESTINO FISCAL		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
MESES ANOS					
CEP/17	00	ICMS			Conselho de Energia R\$ 12,31 41,91%
NOV/17	91	PIS	39,01	0,30	Tramitação R\$ 7,05 27,95%
OUT/17	84	COFINS	39,01	4,15	Brasilândia (Celpe) R\$ 3,90 31,02%
DEZ/17	74				Perdas de Energia R\$ 1,70 9,31%
AGO/17	81				Enegear Sistelab R\$ 2,66 9,24%
JUL/17	71				Impostos R\$ 1,49 5,37%
MAR/17	83				Total R\$ 28,81 100%
ABR/17	80				
MAR/11	100				
FEV/17	90				
JAN/17	85				
DEZ/16	86				

8008 ABAD1ADP C1NEB1UF FB1E 9C8E D397

100% DE PAGAMENTO DA FOLHA CONSTANTE

No débito de fatura a vista, deve-se pagar a Venda direta. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é responsável quando houver variação no consumo de energia ou no nível de serviço do fornecedor. Pago em débito direto de R\$ 10,430 (dez reais e vinte e três centavos) e IPI e PIS/COFINS de R\$ 2,27, do RICM/PE. Desconto 10% milésimos de reais. A utilização de descontos no preço é feita de acordo com o CMG conforme a Resolução CEMEFA nº 1.227, de 11/01/2010. Taxa de serviço de R\$ 0,00. Imposto de Renda de 10% sobre o consumo de energia elétrica. O cliente é responsável quando houver descontos no preço da fatura devido a utilização de descontos de energia elétrica.

Consumo Ativo até 30 kWh 0,16415700
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh 0,20841220
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh 0,42219600

DETALHAMENTO DO CONSUMO DE DESTINO FISCAL			
CONSUMO	VALOR ANUALIZADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL
ZONA L	1,87	5,06	11,70
MATA	2,00	5,38	9,72
DMG	1,22	3,60	8,00

Límite DMG: 12,22 BILHÃO - Valor de Enegear de Usina Sistema de Custo Básico = R\$ 13,85

CONTA CONTRATO 7019092393 MÊS ANO 08/2018 DATA DE VENCIMENTO 08/01/2018 TOTAL A PAGAR (R\$) 32,70

83890000000-5 32700011007-9 01909239310-2 10596933243-0



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rafaela Maria de Sá Lameirão inscrito (a) no CPF 086.005.684-80 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josimara Felipe da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.410.674-09, do sinistro de DPVAT cobertura Av. Pernambuco da Vítima Josimara Felipe da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.410.674-09, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

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

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



Endereço		Número	Complemento
<u>Rua José Emílio</u>		<u>14</u>	-
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Buenos Aires</u>	<u>PE</u>	<u>55845-000</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
		(81) 9-9216-2319	(81) 9-9543-3413

Buenos Aires 30 de Julho 2018
Local e Data

Rafaela Maria de Sá Lameirão
Assinatura do Declarante



Rua Dom Ricardo Vilela, 1033
Centro, Nazaré da Mata - PE
(81) 3633.1318 / 3636.3596 / 9.513.3633
casadesaude@outlook.com

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2018

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Laudo Médic

Atésto que fomos felizes de
sílos, vitimados de acidente automó-
bile (desgovernado) em 30/12/2017
sofreu TCE [cód 506.8] e fraturas
em hemipéne [cód 502.6]. Realizou
parcialmente cirurgia (osteossíntese com
placa e parafuso na mandíbula (E)). O
paciente queixa-se de dor de
cabeça intensa e de hipotensão
(E). Deve-se informar que desfrutava
de suas funções profissionais (E).

✓ 1. Realizar Tratamento e
✓ Seguimento das Morfologias e
✓ Anatomia Patológica

✓ 2. Estudo de morfologia

03/06/2018

D.

