



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

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

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP<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 JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO inscrito (a) no CPF/CNPJ 088.205.184 / 16, na qualidade de Procurador (a) / Intermédio (a) do Beneficiário JOSE JOSELEIO RAMOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.379.324 / 01, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JOSE JOSELEIO RAMOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086.373.324 / 01, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

Recuso informar

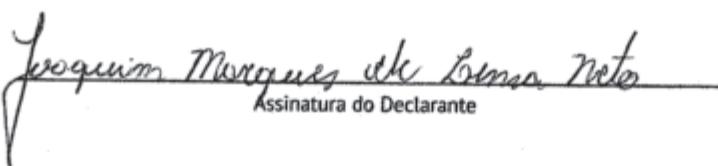
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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 AGOSTINHO NUNES DE MAGALHÃES</u>	<u>58</u>	<u>J- ANDAR</u>
Bairro	Estado	CEP
<u>NSSO SENHORA DA PENHA</u>	<u>PE</u>	<u>56303-510</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
<u>JOAQUIM NETO 16.9 @ 6MAIL.COM</u>	<u>(87) 988467128</u>	<u>(87) 996460348</u>

SERRA TALHADA - PE de 22 de NOVEMBRO de 2018  
Local e Data

Assinatura do Declarante




## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANDREA LUCIA NUNES CABRAL,

RG nº \_\_\_\_\_, data de expedição \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_,  
Órgão \_\_\_\_\_, portador do CPF nº 865.713.704-68, com  
domicílio na cidade de \_\_\_\_\_, no Estado de  
\_\_\_\_\_, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
\_\_\_\_\_, nº \_\_\_\_\_,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima JOSE JOSELIO RAMOS, cujo o condutor era  
JOSE JOSELIO RAMOS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: YAMAHA / FACTOR YBR 125 K

Ano: 2011

Placa: PEI 5441

Chassi: 9CC KE1 520 C00 78103

Data do Acidente: 14/10/2018

Local e Data: SERRA TALHADA - PE, 01/11/2018

Andrea Lucia Nunes Cabral.

Assinatura do Declarante

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





**PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO**  
Fundo Municipal de Saúde  
**UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY**  
**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

28

Data e Hora: 14/10/18 hs 01:25 Nº. Ocorrência

Nome: José Joselito Ribeiro

Profissão: Professor

Sexo: ♂

Data Nascimento:

Doc. Ident.:

End.: Rua Raimundo Silveira Ribeiro, Triunfo - PE

Responsável:

End/Fone: 9 8807 9885

Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito

Acidente de Trabalho

Agressão

Consulta

Pressão Arterial:

P脉:

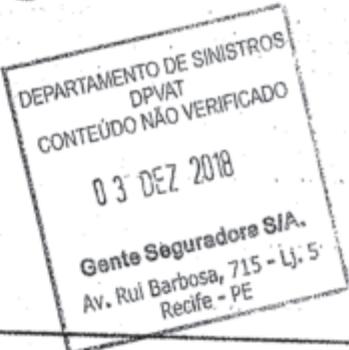
Temperatura:

Histórico e Exame Físico:

Ésco medley na mess  
Monica

Tratamento:

- Vellores an  
- Dipyridamol com  
- Antelur



Impressão Diagnóstica:

Pelé Pereira Melo

Destino do Paciente

Removido para Hospital

Residência

Internado

Transferido

Óbito às

horas do dia

895

CPF: 180.27

Medico CRM-0065

CPF: 186.284.974-68

Dr. Antônio Eduardo de Melo

Medico CRM-0065

CPF: 186.284.974-68

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Antônio

**BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA**

**Nº:**

Data:	15.10.2018	Hora:	10:33		
Nome:	Jone Górcio Ramez				
Nome Social:				Profissão: motorista	
Nascimento:	07.08.88	Sexo:	m	Estado Civil: casado	
Escolaridade:	1º Ano	Responsável:			
Mãe:	Edvanete Górcio Ramez				
Enderéco:	Av. Agamenon Magalhães 103				
Bairro:	Boa Vista	Município:	Cidade de Pernambuco	Fone: 9-8836.6242	
Cartão SUS:					RG/CPF: 7.127.817
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  **VERMELHO**  **AMARELO**  **VERDE**  **AZUL**

Situação/Queixa:

Morria anorexia 0/1 HGT 107  
Nº 3 acidente moto

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

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

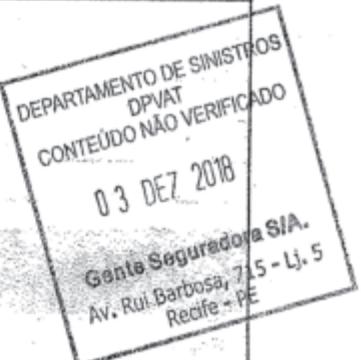
**ATENDIMENTO MÉDICO**

História e Exame Físico:

DEFORMIDADE, dor e INFLAMAÇÃO  
ATB 0

Tratamento:

Rx ANOREXIA 0  
DOS/SVOR 6000 ALF  
AO HOSP. SAI URGENTES  
PI TTO CTRR 800



Hipótese Diagnóstica:

Fractura esô ATB 0

Carimbo e Assinatura:

CRM-PE 0555-PE  
Ortopedia / Traumatologia  
Pediatria / Ortopedia / Traumatologia  
Pediatria / Ortopedia / Traumatologia  
Pediatria / Ortopedia / Traumatologia

pact. em lista ortopédica.



(81) 8836-5242 / 8842-3824

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: José Lázaro Rios

AO PROF. JOSÉ LÁZARO RIOS

MSN  
23-2

Hdx: Rios - uxador Gomes  
Anexado ①

- ① Rios Lázaro
  - ② Rios Lázaro
  - ③ Rios Lázaro
  - ④ Rios Lázaro
- ① Rios Lázaro ② 6615311  
③ Rios Lázaro  
④ Rios Lázaro

Data: 15/10/18

  
Médico - CRM





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Josenio Raimos

6 - N.º DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

07081988

9 - SEXO

Masc.

Fam.

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

Edvanete Josenia Raimos

12 - TELEFONE DE CONTATO

879883652412

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDERECO (RUA, N.º, BAIRRO)

Rua Joaquim Magalhães N.º 163

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Cruz do Rio Verde

2612471

10 - N.º DO TELEFONE

21 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Sosicar pulso direito MSD, depois  
melhorar recorrer a sintomas  
Calor, dor e fogo vermelhos

DEPARTAMENTO DE SINISTRO:  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 DEZ 2018

Gente Seguradora SIA.  
Av. Rui Barbosa, 715-115  
Recife - PE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade Tret. Cirúrgico

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

Fratura metacarpo 3º a 4º dedo

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura luxação antebraço

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Reabilitação cirúrgica

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

040202045P

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

do TESOURO

( ) CNS ( ) CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL, SÓCIONTE/ASSISTENTE

Antônio

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35-ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

163810504634-8

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS ( ) CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

DOSE Centro de Atendimento Móvel

CRM: 163.272.214-15 CRM: 8603

Assessor Autorizado

12  
02  
221309 24/10/18

# ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NOME DO ESTABELECIMENTO/SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/10/2018 13:25

MÉDICO SOLICITANTE

PEDRO AURELIANO AMADOR DE CARVALHO

ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

CRM - 16558

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JOSÉ JOSELIO RAMOS

Nº DO PRONTUÁRIO: 498342

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:

07/08/1988

SEXO:

Masculino

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: EDVANETE JOSEFA RAMOS

TELEFONE DE CONTATO:

ENDERECO (RUA, N.º, Bairro): AGAMENON MAGALHÃES, 163, , CENTRO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

2612471

UF:

PE

CEP:

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

FRACT, COM FRATURA LUXAÇÃO DO ANTEBRAÇO DIREITO

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

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

RAIO X

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DE ANTEBRAÇO DIREITO

CID 10 PRINCIPAL:

CID 10 SECUNDÁRIO:

CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## SINAIS VITAIS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 DEZ 2018  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE  
CÓDIGO DO PROcedimento:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

CLÍNICA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

URGÊNCIA

DOCUMENTO:

(X) CNS ( ) CPF

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

## EXECUTANTE

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

DATA DE AUTORIZAÇÃO:

TIPO DE LEITO:

ESPECIALIDADE:

MÉDICO AUTORIZADOR:

## AUTORIZAÇÃO

NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

DATA DA SOLICITAÇÃO:

DOCUMENTO:

Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

(X) CNS ( ) CPF

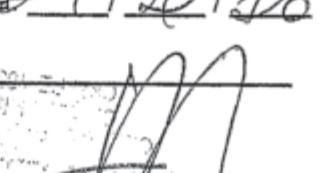
13167

## ESCLARECIMENTOS

ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

- DADOS REJEIÇÃO \_\_\_\_\_
- COMUNICAÇÃO ATIVA \_\_\_\_\_
- OBSERVAÇÕES DA GUIA DE TRANSFERÊNCIA \_\_\_\_\_

# Hospital São Vicente

Data Atend: 22/10/2018	Atendimeto: 0002718	Quarto/leito: 203 / 1
<b>Paciente: 00023353 - JOSE JOSELINO RAMOS</b>		
Data Nasc: 07/08/1988	Idade: 30 Anos	Sexo: Masculino
Profissão:	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: BRASILEIRO
Nome Pai:	Nome Mãe: EDVANETE JOSEFA RAMOS	
Endereço: RUA AGAMENON MAGALHAES, 163		- CENTRO - SANTA CRUZ DA B - PE
Telefones: ( ) . / ( ) . / (87) 9883.65242		
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><i>despeço de sangue</i>  <i>peito branco</i> <i>gárgula</i>  <i>hemoptise</i> <i>leucocitose</i></p>		
Diagnóstico Inicial:	<p><i>Festas - biscoito</i> <i>alcoolizado</i></p>	
SADT:	<p><i>22/10/18</i></p>	
Diagnóstico Final:	<p><i>Fratura + lesão contusiva D</i></p>	
Condição de Alta	Motivo de Alta	
Melhorado ( )	Descrição Médica ( )	
Inalterado ( )	Alta a Pedido ( )	
Plorando ( )	Transferência ( )	
Obito + 48h ( )	Evasão ( )	
Obito - 48h ( )	Indisciplina ( )	
Obito em ____ / ____ / ____	Data do Internamento: <u>22/10/18</u>	
Hora: _____	Data da Alta: <u>24/10/18</u>	
Local: <u>203</u> 		
Médico Responsável		

2º Auxiliar:

Anestesista:

Descrição Cirúrgica:

Ms d, feccao face Rostral  
perdeco d pecten bl. tra  
por pecten, sonda fer  
de feccao, Redecao e  
estetotomia abertura:

Placa d 3.5 c/07aferas  
d. p. vertical 3.5  
Setor por placa eletrico  
& Dente falcado

Antônio Rodrigues de Freitas  
CRJ 17351  
Assinatura do Cirurgião

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 DEZ 2018

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

# Hospital São Vicente

Data Atend: 22/10/2018

Atendimeto: 0002718

Quarto/leito: 203 / 1

Paciente: 00023353 - JOSE JOSELINO RAMOS

Cirurgia Realizado:

N. do Procedimento:

Redecap plenaria  
fractura luxação  
metacarpo

0408020458.

Data: 22/10/18

Inicio:

Término

Cirurgião: Edson

Auxiliar: Cecília

2º Auxiliar:

Anestesista:

DESCRÍÇÃO CIRURGICA:

Sol placa fixa, assento  
MS 3, fechado face redonda  
pele lacerada & fechada  
por placa, clavos de fer  
de fechada, Redecap e  
obstaculizar abertura:

2 placas de 3.5 o/07 encaix

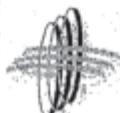
de f. reticulada 3.5

Setas por placa e fechado

+ Dentes fechados



Antônio Rodrigues de Freitas  
CRM 17381  
CRF 005.65-005-20  
Assinatura do Cirurgião



Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrade, 603  
Centro - Telefone: (87) 3831-1847  
Serra Talhada - Pernambuco  
CNPJ 10.280.543/0001-63

José Jozelino Ramos

Paciente portador de fratura luxação  
em antebraço direito e de luxação em  
polegar direito, foi submetido a procedi-  
mento cirúrgico restando imóvel ao  
trabalho por noventa (90) dias.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
03 DEZ 2018

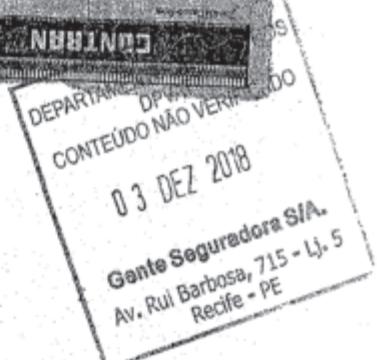
Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - 1.5  
Recife - PE

24/10/18





SEGURADO: OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS																																			
TRANSPORTADAS QUINÁO - SEGURO DPVAT																																			
PE No	014432212233																																		
ANÔNIMA LUCIA NOVES CASSARAI	56876 001																																		
TRIBUNO: PR	ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA <a href="http://WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR">WWW.SEGURADORALIDER.COM.BR</a>																																		
SAC DPVAT 0800 022 1204																																			
<table border="1"> <tr> <td>VEÍCULO</td> <td>DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td>2018</td> <td>16/06/18</td> </tr> <tr> <td>PLACA</td> <td>PRY5441</td> </tr> <tr> <td>CPF / NIF</td> <td>865.713.704-03</td> </tr> <tr> <td>PLACA / NOME</td> <td>YAMAHA / FAULTOR YBR125 K</td> </tr> <tr> <td>ANO/FAB</td> <td>2011</td> </tr> <tr> <td>NO. PAR</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td>NO. PLACA</td> <td>9C681520C068108</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PRÉMIO TABIFÁRIO</td> </tr> <tr> <td>VALOR</td> <td>R\$ 100,00</td> </tr> <tr> <td>CUSTO DO BILHETE</td> <td>R\$ 10,00</td> </tr> <tr> <td>SEGURADO PAGO</td> <td>R\$ 90,00</td> </tr> <tr> <td>VALOR PAGO</td> <td>R\$ 90,00</td> </tr> <tr> <td>DATA DE OBTENÇÃO</td> <td>16/06/2018</td> </tr> <tr> <td>DATA DE OBTENÇÃO</td> <td>16/06/2018</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SEGURADORA LÍDER - DPVAT</td> </tr> <tr> <td colspan="2">CNPJ 09.248.008/0001-94</td> </tr> </table>		VEÍCULO	DATA EMISSÃO	2018	16/06/18	PLACA	PRY5441	CPF / NIF	865.713.704-03	PLACA / NOME	YAMAHA / FAULTOR YBR125 K	ANO/FAB	2011	NO. PAR	09	NO. PLACA	9C681520C068108	PRÉMIO TABIFÁRIO		VALOR	R\$ 100,00	CUSTO DO BILHETE	R\$ 10,00	SEGURADO PAGO	R\$ 90,00	VALOR PAGO	R\$ 90,00	DATA DE OBTENÇÃO	16/06/2018	DATA DE OBTENÇÃO	16/06/2018	SEGURADORA LÍDER - DPVAT		CNPJ 09.248.008/0001-94	
VEÍCULO	DATA EMISSÃO																																		
2018	16/06/18																																		
PLACA	PRY5441																																		
CPF / NIF	865.713.704-03																																		
PLACA / NOME	YAMAHA / FAULTOR YBR125 K																																		
ANO/FAB	2011																																		
NO. PAR	09																																		
NO. PLACA	9C681520C068108																																		
PRÉMIO TABIFÁRIO																																			
VALOR	R\$ 100,00																																		
CUSTO DO BILHETE	R\$ 10,00																																		
SEGURADO PAGO	R\$ 90,00																																		
VALOR PAGO	R\$ 90,00																																		
DATA DE OBTENÇÃO	16/06/2018																																		
DATA DE OBTENÇÃO	16/06/2018																																		
SEGURADORA LÍDER - DPVAT																																			
CNPJ 09.248.008/0001-94																																			



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180566960      **Cidade:** Triunfo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE JOSELIO RAMOS      **Data do acidente:** 14/10/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 07/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO (GALEAZZI).

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## ESPECIALISTA

**Empresa:** Líder- Serviços AMD

**Grupo:** EQ1

**Nome:** GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

**CRM:** 5235988-0

**UF do CRM:** RJ

**Assinatura:**



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180566960      **Cidade:** Triunfo      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE JOSELIO RAMOS      **Data do acidente:** 14/10/2018      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 07/12/2018

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO (GALEAZZI).

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

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

**Documentos complementares:**  
**Observações:**

## 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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2018

**Aos Cuidados de:** JOSE JOSELIO RAMOS

**Nº Sinistro:** 3180566960

**Vítima:** JOSE JOSELIO RAMOS

**Data do Acidente:** 14/10/2018

**Cobertura:** INVALIDEZ

**Procurador:** JOAQUIM MARQUES DE LIMA NETO

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180566960**.

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](http://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**



# 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:

086.379.324-07

Nome completo da vítima:

JOSE JOSÉLIO RAMOS

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E PAÍSA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CÓPIA DA DOCUMENTAÇÃO

Nome completo:

JOSE JOSÉLIO RAMOS

Profissão:

MOTORISTA

Endereço:

RUA CEZARIO RAMOS COSTA

Bairro:

ROSARIO

Cidade:

TRIUNFO

E-mail:

JOAQUIM NEITO 169 @ GMAIL.COM

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

RENDIMENTO MENSAL:

REUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$1.000,00

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR E PEGAR CÓPIA DA CONTA

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

Bradesco (237)

Bnd (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0586

0 CONTA: 56.19.08

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

0 CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 ATÉSÉNCIA 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 (IML) para os fins de requerimento da 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 não submeter à avaliação médica à Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a mesma avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

03 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Vôvo 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:  Sim  Não Vítima deixou pais/avôs vivos?

Vividos: Falecidos: Vítima deixou pais/avôs vivos?  Sim  Não

Entendo de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, 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 obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data, Nome: CPF: Assinatura

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

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 RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe cléncia do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



**Dia & Noite**

**BDN - Bradesco Dia e Noite**  
**Deposito Conta Poupança**

Hora: 12:54  
Data: 22/11/2018 Term: 062186 N.Trans: 3786

Valor:

Favorecido:  
Banco: 237  
Agencia: 0588 / SERRA TALHADA  
Conta: 0561900-4

Titular 1: JOSE JOSELIO RAMOS

● ● Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente  
bancario ao publico sera conferido e  
validado no mesmo dia, de acordo com os  
valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancario e aos sábados,  
domingos e feriados, o deposito sera  
conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.  
Seu talão de cheques em segundos.  
Sem pedir no balcão,  
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco  
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente  
Cancelamentos, Reclamações e Informações  
0800 704 8383  
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0899  
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana

Ouvidoria - 0800 727 9933  
Atendimento de segunda a sexta-feira das  
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado  
Tenha uma boa tarde





489800

0435798/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DA 181ª CIRCUNSCRICAO - TRIUNFO -  
 DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0271000360

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 30/10/2018 às 12:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)  
 que aconteceu no dia 14/10/2018 às 01:26

Fato ocorrido no endereço: PE-366, CAFE DO BREJO -

TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO,

1 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA ( AUTOR / AGENTE )  
 JOSE JOSELIO RAMOS ( VITIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
 Sr(a): JOSE JOSELIO RAMOS

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

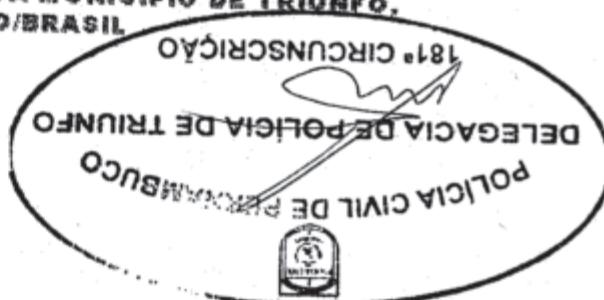
JOSE JOSELIO RAMOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: EDVANETE  
 JOSEFA RAMOS Pai: ELIO ROBERTO RAMOS Data de Nascimento: 7/8/1988 Naturalidade:  
 SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7127817/SSP/PE (RG).  
 08637932481 (CPF). 84941381553 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º. GRAU  
 COMPLETO Profissão: MOTORISTA  
 Endereço Residencial: RUA CEZARIO RAMOS DA COSTA, 82, C - CEP: 9 - Bairro: ROSARIO  
 - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no  
 estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE JOSELIO RAMOS, que estava  
 em posse do(a) Sr(a): JOSE JOSELIO RAMOS



Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR 125 K** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PE15441** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **429785801** Chassi: **0C6KE1520C0078108**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**  
 Descrição: **MATRICULADA EM NOME DE ANDREA LUCIA NUNES CABRAL**

### Complemento / Observação

**COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA A PESSOA DE JOSE JOSELIO RAMOS , INFORMANDO QUE CONDUZIA A MENCIONADA MOTOCICLETA , E AO PASSAR SOBRE VINDO FRATURAR O ANTE BRAÇO DIREITO E LUXAÇÃO NO POLEGAR DIREITO. SENDO SOCORRIDO PELO MOTORISTA DA AMBULANCIA , PARA A UNIDADE MISTA DE TIRUNFO FELINTO WANDERLEY, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS.**

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

**JOSE JOSELIO RAMOS  
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **FRANCISCO ROBERTO LIMA** - Matrícula: **208478-3**



# 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:

086.379.324-01

Nome completo da vítima:

JOSE JOSELIO RAMOS

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

Nome completo:

JOSE JOSELIO RAMOS

Profissão:

MOTORISTA

Endereço:

RUA CEZARIO RAMOS COSTA

CPF:

086.379.324-01

Número:

92

Bairro:

ROSARIO

Cidade:

TRIUNFO

Estado:

PE

CEP:

56870-000

E-mail:

JOAQUIM NETO 169 Q GMAIL.COM

Tel.(DDD):

(87) 988967128

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

 RECUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0586

CONTA: 56 19 08

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 03 DEZ 2018

## 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, \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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

### TESTEMUNHAS

1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura

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.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO**  
Fundo Municipal de Saúde  
**UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY**  
**BOLETIM DE EMERGÊNCIA**

28

Data e Hora: 14/10/18 hs 01:25 Nº. Ocorrência

Nome: José Joselito Ribeiro

Profissão: Professor

End.: Rua Raimundo Silveira Ribeiro, Triunfo - PE  
Responsável:

End/Fone: 9 8807 9885

Data Nascimento:

Doc. Ident.:

Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito

Acidente de Trabalho

Agressão

Consulta

Pressão Arterial:

P脉:

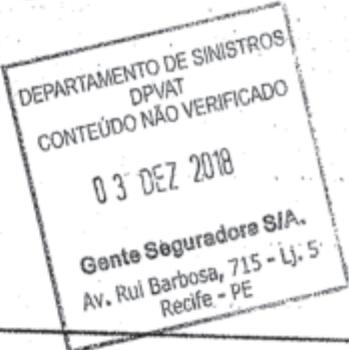
Temperatura:

Histórico e Exame Físico:

ESG moderado na massa  
Molho

Tratamento:

- Velloren 200  
- Dipyridamol 100  
- Aspirina



Impressão Diagnóstica:

Pelé Wanderley

Destino do Paciente

Removido para Hospital

Residência

Internado

Transferido

Óbito às

horas do dia

895

CPF: 180.27

Medico CRM-0065

CPF: 186.284.974-68

Dr. Antônio Eduardo de Melo

Medico CRM-0065

CPF: 186.284.974-68

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Antônio

Medico CRM-0065

CPF: 186.284.974-68

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSE JOSELIO RAMOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000561908-4

---

Nr. Autenticação

BRADESCO11122018050000000002370058600000561908236250 PAGO

