

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024339      **Cidade:** Abreu e Lima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO      **Data do acidente:** 18/10/2019      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL

**Descrição do exame físico:** VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO,HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA SINISTRO ANTERIOR,3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMO, NO SINISTRO ATUAL A VALORAÇÃO É 50% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, OPTADO POR COLOCAR 100% EM MEMBRO INFERIOR, PARA QUE O VALOR CALCULADO PELO SISTEMA SEJA EQUIVALENTE AOS 25% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO VALORADO NESTE SINISTRO

## 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 completo - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		<b>Total</b>	<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

**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: 3200024339  
Nome do(a) Examinado(a): Jose Alexandre da Conceicao  
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Jaguaribe, 29  
Jaguaribe Abreu e Lima PE CEP: 53500-990  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 8654561  
Data local do acidente: [ 18/10/2019 ]  
Data local do exame: [ 31/01/2020 ] RECIFE [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL**

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

**Tratamento: HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA**

**Complicações: EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS**

**Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

**VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MÉDIO. MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM DÉFICIT DE FORÇA DE GRAU MÉDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRÚRGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++)**

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

**(X) Sim**      **( ) Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim**      **( ) Não**

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

**LIMITAÇÃO DE GRAU MÉDIO DE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO, COM BLOQUEIO ARTICULAR DE TORNOZELO, HIPOTROFIA MUSCULAR, MÉDIO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA, BLOQUEIO ARTICULAR, ALTERAÇÃO DA MARCHA.**

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 o 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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Direito**

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**(X) 50% médio** **( ) 75% intensa** **( ) 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

**MEMBRO INFERIOR - Lado Esquerdo**

% do dano: **( ) 10% residual** **( ) 25% leve**  
**(X) 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

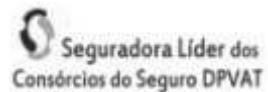
**Dr. Leonardo de Faria Neves**

**CPF - 045.955.274-03**

**CRM/PE - 17742**



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020787/20

**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**CPF:** 098.492.524-48

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/10/2019

**Titular do CPF:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00**

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

**JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO : 098.492.524-48**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020  
Nome: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
CPF: 098.492.524-48

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024339      **Cidade:** Abreu e Lima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO      **Data do acidente:** 18/10/2019      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA DIAFISARIA BILATERAL

**Descrição do exame físico:** VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA TIBIA ESQUERDA, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO DO JOELHO (85 GRAUS), DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO. MEMBRO INFERIOR DIREITO COM DEFÍCIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, LIMITAÇÃO NA FLEXÃO PLANTAR DO TORNOZELO (CERCA DE 35 GRAUS). APRESENTA CICATRIZES CIRURGICAS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++/++++).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO,HASTE INTRA MEDULAR, FISIOTERAPIA EVOLUI COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DAS FRATURAS ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO  
DEFÍCIT FUNCIONAL MODERADO EM MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 31/01/2020

**Conduta mantida:**

**Observações:** VÍTIMA INDENIZADA SINISTRO ANTERIOR,3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, APÓS NOVA AVALIAÇÃO RECEBE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

VÍTIMA INDENIZADA ,SINISTRO ANTERIOR 3150109258, EM 25 % DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, COMO, NO SINISTRO ATUAL A VALORAÇÃO É 50% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO, OPTADO POR COLOCAR 100% EM MEMBRO INFERIOR, PARA QUE O VALOR CALCULADO PELO SISTEMA SEJA EQUIVALENTE AOS 25% EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E 50% EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO VALORADO NESTE SINISTRO

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

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau completo - 75 %	52,5%	R\$ 7.087,50
		<b>Total</b>	<b>52,5 %</b>	<b>R\$ 7.087,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024339      **Cidade:** Abreu e Lima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO      **Data do acidente:** 18/10/2019      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 24/01/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA.  
P 2/3/5/6/9/11

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*

\*\*APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA EM SINISTRO 3150109258 ANTERIOR POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTESA DE JOELHO DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR 2013260670.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda anatômica completa de ambos os membros inferiores	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200024339      **Cidade:** Abreu e Lima      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO      **Data do acidente:** 18/10/2019      **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

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

**Data da análise:** 24/01/2020

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS ESQUERDA.  
FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA PERNAS DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO COM OSTEOSÍNTESE E ALTA MÉDICA.  
P 2/3/5/6/9/11

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** \*

\*\*APONTAMOS QUE A VÍTIMA JÁ FOI INDENIZADA EM SINISTRO 3150109258 ANTERIOR POR DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E DEBILIDADE FUNCIONAL INTESA DE JOELHO DIREITO EM SINISTRO ANTERIOR 2013260670.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda anatômica completa de ambos os membros inferiores	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
<b>Total</b>			<b>0 %</b>	<b>R\$ 0,00</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:**

Nome: José Alexandre da Conceição  
Nacionalidade: Brasileiro Estado Civil: Solteiro Profissão: Servente  
Identidade: 3654.561-903/96 CPF: 098.492.524-48  
Endereço: Rua Sírio JAGUARIBA n° 29 JAGUARIBA  
ABREU E LIMA /PE CEP: 59.500-000

PROCURADOR(A);

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Enfermeira

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPE: 884.643.681-00

**Endereço:** Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Alagoas/PE, Cep.: 52.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 18/10/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epígrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao autorizado.

Arren is home/PD, EMR - 10/01/2020  
Local date

~~Dear Alexandre da Cunha Caiado~~

Assinatura do Beneficiário/Vítima  
(Reconhecer firma por autenticidade)



# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0020787/20

**Vítima:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**CPF:** 098.492.524-48

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 18/10/2019

**Titular do CPF:** JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médica-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

### ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

### JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO : 098.492.524-48

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 15/01/2020  
Nome: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
CPF: 098.492.524-48

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020  
Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

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 Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200024339**

**Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

**Data do Acidente: 18/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

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

**Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

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, 24 de Janeiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200024339**

**Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

**Data do Acidente: 18/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores 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, 29 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200024339**

**Vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

**Data do Acidente: 18/10/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 7.087,50

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

Graduação: Em grau completo 10%  
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 70,00%  
Valor a indenizar: 70,00% x 13.500,00 =

R\$ 9.450,00

**Recebedor: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

**Valor: R\$ 7.087,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000003122**

**Conta: 000000012542-7**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**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

2 - Nº do sinistro ou ASEL: 3 - CPF da vítima: 098.492.524-48 4 - Nome completo da vítima: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO 6 - CPF: 098.492.524-48  
 7 - Profissão: SERVIDOR 8 - Endereço: Sítio Jaguareno 9 - Número: 10 - Complemento: CASA  
 11 - Bairro: Vargem 12 - Cidade: Vargem e Linha 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53.500-000  
 15 - E-mail: vallmospd@hotmail.com (81)99966 1109 (81)35380069

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR  R\$1.00 A R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFÍCIO DA INDENIZAÇÃO/PAI/CURADOR/AVÔ

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: 31202 CONTA: 0012542 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

Declaro, sob pena de falsidade, que não existem laudos de perícia emitidos pelo Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente. Una vez que essa é a única 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 Lider 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

23 - Estado:  Solteiro  Casado  Divorciado  Separado  Viúvo  Outros (escrever): \_\_\_\_\_ Data do falecimento: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vídeo:  Sim  Não 29 - Se tinha filhos, informar 30 - Vítima deixou:  Sim  Não 31 - Vítima:  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar 33 - Vítima deixou:  Sim  Não  
 teve filhos?  Não Vivos: Falecidos:  Sim  Não Vivos: Falecidos:  Sim  Não pais/avós vivos?  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Início da digital da vítima no momento do acidente não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data: Abreu e Lima/PE, dia 10/01/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





EXCELENTE / EXCELENTE

Brasão  
do Estado

572429

0000797/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 27ª CIRCUINSCRICAO - ABREU E LIMA - DP27CIRC001/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N. 1GB0117004096

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/12/2018 às 06:26

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpa do (Consumado) que aconteceu no dia 18/12/2018 às 22:26

Fato ocorrido no endereço: AVENIDA BRASIL, 06 - Bairro: CENTRO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.  
Local de fati: RODOVIA FEDERAL

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE  
JOSE ALFREDO DA CONCEIÇÃO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

BRINQUEDOS / JOGOS: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a): JOSE ALFREDO DA CONCEIÇÃO  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO

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

JOSE ALFREDO DA CONCEIÇÃO (presente no plantão) - Sexo: Masculino/Raça: MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 18/01/1962 Naturalidade: BRASIL / PERNAMBUCO / BRASIL  
Endereço Residencial: Rua Jose Soares II (BARRA), 215, RUA CORREGO DA FRATA - CEP: 54600-000 - Bairro: CENTRO II - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL.

desconhecido (não presente no plantão) - Sexo: Masculino/Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (veículo) da propriedade do(s) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(s) Sr(a): DESCONHECIDO  
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/VEÍCULO MECÂNICO/VEÍCULO  
Objeto apreendido: N/A  
Quantidade (quando não é informada):

BICICLETA (presente/não presente) da propriedade do(s) Sr(a): JOSE ALFREDO DA CONCEIÇÃO, que estava em posse do(s) Sr(a). JOSE ALFREDO DA CONCEIÇÃO

Categoria/Marca/Modelo: BICICLETA /NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: N/A

Quantidade (quando não é informada):

Complemento / Observação

卷之三

四庫全書

DECLARA O SITIO DE ALEXANDRE QUE ESTAVA QUANDO SUA BICICLETA FELA IR FOI QUANDO UM ELEMENTO  
NÃO IDENTIFICADO GUINDOU UM VÉHICULO TAMBÉM NÃO IDENTIFICADO VINTO EM ALTA VELOCIDADE BATE NELE E  
PERMIRANDO A PEGADA SER PRENTAR SOCORRO SENDO ELE SOCORRIDO PELOS BOMBEIROS PARA O HOSPITAL  
MIGUEL SERRAO DIANTE EXPRESO REGISTRA DITAS FATO.

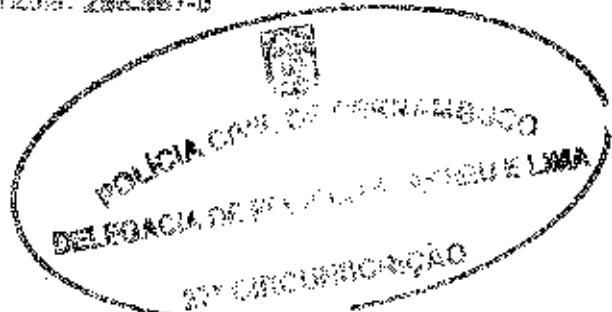
**Assinatura da(s) pessoa(s) presente(n) na(s) unidade(s) policial(is)**

Sor Alexandre da Conceição

## **JOSÉ ALEXANDRE DE CONCEIÇÃO (VITIMAS)**

*R. J. Traub*

S.O. registrado por ALBERTO DEIRISTIO AMARAL DA SILVA - Matrícula: 286.467-0





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH001442 Div. Op.**

Com fulero no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(º). JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO; 37 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8654561 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.492.524-48, residente à RUA CORREGO DA PRATA, nº 515,, CAETES II, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/10/2019, por volta das 22:26 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBO ABREU E LIMA -PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(º) JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF nº 098.492.524-48 e Registro Geral nº 8654561, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710387-5 CASTRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 500094. Ficou aos cuidados do médico JARBAS SILVEIRA, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/01/2020

*A autenticidade desta certidão deve ser confermada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001442*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

# 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: 21/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 7.087,50

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

CLIENTE: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000012542-7

---

Nr. da Autenticação BC2545499825E452

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA  
DE PERNAMBUCO**  
**AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,  
RECIFE, PERNAMBUCO.**  
**CEP 50050-002**  
**CNPJ 10.835.932/0001-08**  
**INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93**



**Terifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de  
COMERCIAL 116 | PRONTI!  
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 :  
Ouvirdele 0800 :  
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados de  
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefôn  
Agência Nacional de Energia Elétrica  
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e**

DADOS DO CLIENTE	DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATADA
JOSEFA MARIA DA SILVA	<b>16/01/2020</b>	09/01/2020	001287445012
CPF: 689.662.364-63	TOTAL A PAGAR (R\$)	DATA DA APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE
	<b>144,61</b>	09/01/2020	2000728412
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA	NÚMERO DA NOTA FISCAL	Nº DA INSTALAÇÃO	
RUA SITIO JAGUARIBE 29	091760224	0000063374	
JAGUARIBE/ABREU E LIMA 53500-000 ABREU E LIMA PE	CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site <a href="http://www.celme.com.br">www.celme.com.br</a>	RESERVADO AO FISCO	O3B6.4ABE.963E.BA57.A97F.5C8F.4F26.5565	

**DESCRICAO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)-TUSD	164,00	0,42656182	68,68
Consumo Ativo (kWh)-TE	154,00	0,38375525	55,24
Acréscimo Bandeira AMARELA			2,94
Contrib. Ilum. Pública Municipal			19,34
Multa por atraso-NF 088172948 - 13/12/19			1,66
Juros por atraso-NF 088172948 - 13/12/19			0,07
Atualização IGPM-NF 088172948 - 13/12/19			0,18
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>144,63</b>

---

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

ICMS			PIS			COFINS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
123,87	25,00	30,96	123,87	0,90	1,11	123,87	4,15	5,14

Tarifas Aplicadas		Histórico do Consumo		
Consumo Ativo(kWh)-TJSD	0,49450000	JAN	20	
Consumo Ativo(kWh)-TE	0,39069000	DEZ	18	
<b>COMPOSIÇÃO DO CONSUMO</b>				
	R\$	%		
Geração de Energia	40,94	92,57	JUL	19
Transmissão	4,49	9,99	JUN	19
Distribuição (Copel)	27,02	21,81	MAI	18
Encargos Batoritários	0,34	0,12	ABR	19
Tributos	37,21	30,04	MAR	19
Percada de Energia	0,91	0,07	FEV	19
<b>TOTAL</b>	<b>123,87</b>	<b>100</b>	JAN	19

Demonstrativo de consumo desta Nota Fiscal

Інформація надана з сайту [www.ist-irb.com](http://www.ist-irb.com)

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	MÉTA MENSAL	MÉT TRI	
(00/03/19)					
DIG-No de vezes sem Energia	CRUZ DE REBOUCAS	0,76	10,44	20,00	
FIC-No de vezes sem Energia		2,00	7,88	15,44	
DIFC-Duração média da Interrupção contínua		0,38	6,88	0,00	
DICR-Duração da interrupção em Ute-Ativo					Linha DICR=16,8
BUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 46,26					
<i>Este Comunicado pode sofrer as alterações dos indicadores DIG, FIC, DIFC e DICR e quando</i>					

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

Pague no ponto mais perto de você! as correias escalutivas avançada duque de caxias centro / copiadora digital

**av duc de brabant en 1342**

Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em [www.anatel.gov.br](http://www.anatel.gov.br).

O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de forma clemente.

Pago, em atraso para multa, 2% (Resolução ANEEL), Juros 1,5% m (Lei 10.438/2002) e atualização monetária no preç. mês

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAC.	
220	MÍNIMO	MA
202		

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoras.com.br> ou ligue para 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 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,  
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **José Alexandre da Conceição**,  
inscrito (a) no CPF sob o Nº **098.492.524-48**, ao sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima  
**José Alexandre da Conceição**, inscrito (a) no CPF sob o Nº **098.492.524-48**,  
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 Lider-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	<b>AVENIDA JOAQUIM NABUCO</b>	Número	<b>200</b>	Complemento	<b>CASA</b>
Bairro	<b>TIMBÓ</b>	Cidade	<b>ABREU E LIMA</b>	Estado	<b>PE</b>
Email:	<b>balbinospes@hotmail.com</b>			Telefone Comercial (DDD)	<b>(81) 3538.0069</b>
				Telefone celular (DDD)	<b>(81) 98721.5834</b>

Assinatura do Declarante



**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

**C E R T I D Ã O**

**Certidão nº 2019APH001442 Div. Op.**

Com fulero no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(º). JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO; 37 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 8654561 SDS/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 098.492.524-48, residente à RUA CORREGO DA PRATA, nº 515,, CAETES II, ABREU E LIMA-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 18/10/2019, por volta das 22:26 hs, no endereço: RODOVIA BR 101, S/N, TIMBO ABREU E LIMA -PE, referente a um(a) ATROPELAMENTO, envolvendo XXX, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(º) JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO, inscrito sob o CPF nº 098.492.524-48 e Registro Geral nº 8654561, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB 710387-5 CASTRO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL MIGUEL ARRAES. Registrado(a) com o prontuário nº 500094. Ficou aos cuidados do médico JARBAS SILVEIRA, registro XX. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 10/01/2020

*A autenticidade desta certidão deve ser confermada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2019APH001442*

---

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

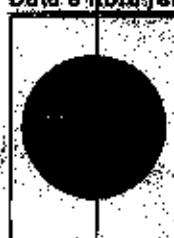
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

# HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE MIP

Data e hora: 18/10/2019 23:20



Nome Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO  
Cód. Paciente:  
Data de Nascimento: 18/01/1982  
Sexo: Masculino  
Idade: 37 anos  
Senha: 0031  
Convênio:  
Atendimento:  
SAME:

Período: 18/10/2019 23:29 - 18/10/2019 23:31

THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PCT VÍTIMA DE ATRIBALAMENTO EM TIMBÓ POR VOLTA DAS 22:25  
TRAZIDO PARA ESTE SRVICO PELO CORPO DE BOMBEIRO  
PCT COM ESCORIAÇÕES + LESÃO EM MMJ COM SANGRAMENTO ATIVO EM MIE  
POUCO RESPONSIVO

Fluxograma e sintoma:

Descrição(s):

TRAUMA  
- DOR INTENSA (8-10/10)  
- FERIMENTO COM SANGRAMENTO ATIVO NÃO COMPRESSÍVEL  
- PALIDEZ CUTÂNEA, SUDORESE, PELE FRIA  
- RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA  
- SSVV ALTERADOS

Especialidade:

CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 10  
- SACR - ESCALA DE GLASSGOW: 13  
- FREQUÊNCIA CARDIACA: 64,00 BPM  
- FREQUÊNCIA RESPIRATORIA: 34,00 RPM  
- GLICOSE: 96,00 MG/DL  
- P.A. SISTOLICA: 109,00 MMHG  
- P.A. DISTOLICA: 64,00 MMHG  
- SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO: 96,00 %

HMA - Hospital Miguel Arraes  
Lesão de Pele  
Sim ( ) Não ( )

Local...  
Enfermeiro...  
Assinatura

RE...  
NEP1-LIA

Acolhido(a) por: THALYTA MARYAH DOS SANTOS - COREN: 339753 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/10/2019 23:31





**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Clínica Descrição:Página: 0001  
Data: 19/10/2019  
Hora: 03:30

Aviso de Cirurgia: 60314

Sala: 0001 SALA 01

Padreite: 66632

Atendimento: 500096

Convênio Atend.: 1

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Leito: 777

SUS - INTERNACAO

Dt. Início: 19/10/2019 02:10

VERMELHO EXTRATO2

Dt. Fim: 19/10/2019 03:35

Dt. Fim: 19/10/2019 03:35

Cid Pré-Operatório: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Cid Pós-Operatório: S822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Carteira:

Idade: 37 Anos

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIO:

16883 FAGNER FONSECA DE ATHAYDE

ANESTESISTA:

22513 PEDRO FILIPE DA LUZ SIQUEIRA DE O MELLO

**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNAS ESQUERDA

CIRURGIA: LC + DC + FIXAÇÃO EXTERNA

CIRURGÃO: DR FAGNER ATHAYDE

1º AUXILIAR: DR IGOR ALCENOR

2º AUXILIAR: DR ICARO MOLIM

ANESTESISTA: DR PEDRO MELLO

ANESTESIA: RAQUI ANESTESIA

**RELATO DE INTERVENÇÃO**

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSÉPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MÉDIO DISTAL DA PERNAS, DESBRIDAMENTO DE SEUS BORDOS;
5. AVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLOGICO + DEBRIDAMENTO DE TÉCIDOS DESVITALIZADOS;
6. REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO EXTERNA DA TIBIA ESQUERDA COM FIXADOR EXTERNO LINEAR;
7. SUTURA DA PELE COM NYLON 2.0;
8. CURATIVO ESTÉRIL.

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar:

Dr. Icaro Molim de Oliveira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM PE 26580

31-10-19

DR(A) / FAGNER FONSECA DE ATHAYDE  
CRM: 18863

**HOSPITAL MIGUEL ARRAES**MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 27/10/2019

Hora: 19:50

Aviso de Cirurgia: 80495

Sala: 0003 SALA 03

Atendimento: 500096

Paciente: 86632

JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Carteira:

Convênio Atend.: 1

SUS - INTERNACAO

Idade: 37 Anos

Leito: 68

ORTL-510-LEITO 604

Dt. Início: 27/10/2019 17:10

Dt. Fim: 27/10/2019 19:45

Cid Pre-Operatório: 5822

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Cid Pós-Operatório:

Procedimento: 0408050500

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

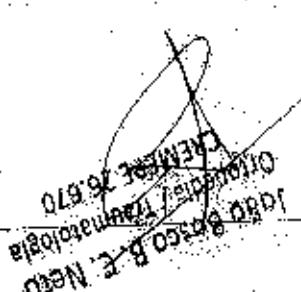
CIRURGIAO:  
ANESTESISTA:13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO  
2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR**Descrição Cirúrgica:**

DIAGNÓSTICO: FRATURA DE OSSOS DA Perna BILATERAL  
 CIRURGIA: RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM Perna ESQUERDA + RFFI COM HIM DE TIBIA BILATERAL  
 CIRURGIAO: DR. LUIZ CARVALHO  
 1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO  
 ANESTESISTA: DRA. NATHALIA  
 ANESTESIA: RAQUIANESTESIA.

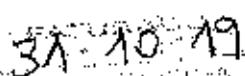
1. PACIENTE EM DOU SOB ANESTESIA;
2. RETIRADO FIXADOR EXTERNO LINEAR DE PERNAS ESQUERDA + ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MIE;
3. APOIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS EM MIE;
4. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO ESQUERDO;
5. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
6. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;  
PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
7. FRESCAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESA INICIAL;
8. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 11 X 330;
9. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS;
10. INCISÃO DE PELE DE 05CM NA FACE ANTERIOR PROXIMAL DO JOELHO DIREITO;
11. DISSECCÃO VIA TRANSTENDÃO PATELAR;
12. ABERTO CANAL MEDULAR DA TIBIA;
13. PASSADO FIO GUIA APÓS REDUÇÃO DA FRATURA DA TIBIA;
14. FRESCAGEM DO CANAL MEDULAR COM FRESA INICIAL;
15. COLOCADO HASTE INTRAMEDULAR DE TIBIAL 11 X 310;
16. FEITO BLOQUEIO DISTAL COM 3 PARAFUSOS CORTICAIS E PROXIMAL COM 2 PARAFUSOS CORTICAIS;
17. LIMPEZA COM SF 0,9%;
18. FECHAMENTO DAS INCISÕES POR PLANOS COM VYCRIL 1-0 E NYLON 3-0;
19. CURATIVO;
20. CONTROLE COM RX;

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



019.03.2019  
exame realizada  
05/10/2019  
05/10/2019  
05/10/2019



31-10-19



MIGUEL ARBAS

PERNAMBUCO  
GOVERNO DO PIAUÍ

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: JOSE ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO

IDADE: 37 SEXO: MAS

DATA DA ADMISSÃO: 18/10/19

REG: 66632

DATA DA ALTA: 28/10/19

### DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISÁRIA TIBIA DIREITA E ESQUERDA

### TRATAMENTO REALIZADO:

- RFFI COM HIM DE TIBIA D e E

### ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPÉDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM 02 SEMANAS;
- TROCA DIÁRIA DE CURATIVOS CONFORME ORIENTADO;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- DOBRAR O JOELHO E MEXER O TORNозELO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA PARCIAL CONFORME TOLERÂNCIA ALGICA;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHACO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTA, DOR IMPORTANTE.

### PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO: SIM(  ) NÃO(  )

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: \_\_\_\_\_

Dr. Renato Holanda  
Ortopedista / Traumatologista  
CRM-PI 25.925

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

# FICHA DE INTERNAÇÃO

Cod. Atendimento: 500096

Usuário: MAYARAAM

HOSPITAL  
MIGUEL ARRAESRua Estrada da Fazendinha, S/N  
Jaguaribe - Pernambuco - PE  
CEP: 53.400-000

## DADOS DO PACIENTE

Paciente: JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO

Prontuário: 66632

Idade: 37a 8m 30d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Data de Nascimento: 18/01/1982

Profissão:

Escolaridade:

R.G.: 8054561

C.P.F.:

Telefone: 81-85446436

CEP: 53530545

Endereço: CORREGO DA PRATA

515

CAETES II

ABREU E LIMA - PE

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Dados da Internação:

Convênio: SUS - INTERNACAO

Data e Hora da Internação: 18/10/2019 23:44

Unidade Internação: MELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVAÇÃO Leito: VERMELHO/EXTRADZ

Medicamento Internação: IRGIA GERAL

Plano: GERAL

## DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.: 31 10 19

Endereço:

fone:

Cidade:

Estado civil:

C.P.F.:

Número:

QWV

## DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/10/19

Hora da Alta: 9:00

Motivo:  Melhorado  A Pedido  Transferência  Óbito  Evasão

Condições de Alta: Boa

Diagnóstico Principal.....

Excesso de urina, D.R.

Diagnóstico Secundário 01.:

ANH-MIO

Diagnóstico Secundário 02.:

ANH-MIO

P. edimento.....

HIM bilateral

Dr. Renato Holanda  
CRMPE 1111000000  
CRMPE 25.445

Médico e CRM:

Flávia Regina Batista da Silva

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

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

Em: 28 de 10 de 2019

Flávia Regina Batista da Silva

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

PERNAMBUCO  
ESTADO DE PERNAMBUCO

IMIP  
Instituto de Medicina Legal  
Prof. Fernandes Figueira

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: JOSÉ ALEXANDRE DA CONCEIÇÃO  
CLÍNICA:

REG: 66632  
LEITO:

DATA/HORA

19/10/2014 # SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

# ADMISSÃO

00:30

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 40 MINUTOS COM  
RELATO DE USO DE BEBIDA ALCOOLICA CHEGA A ESTA UNIDA-  
DE TRAZIDO PELOS BOMBEIROS. POUCO COLABORATIVO. AO  
EXAME NÃO SABE RELATAR PERDA DE CONSCIÊNCIA OU EPI-  
SÓDIOS EMÉTICOS.

EF: REG, CONSCIENTE, POUCO COLABORATIVO, ACIANOTICO,  
DEFORMIDADE EM MMII (PERNAS) COM FRATURA EXPOSTA DA  
PERNA ESQUERDA. NVC +

HD: FRATURA DIAFISÁRIA DE TÍBIAS, SENDO EXPOSTA A  
ESQUERDA + FERIMENTO NO PÉ ESQUERDO

CD: INTERNO AO BLOCO CIRÚRGICO PARA REALIZAR FIXAÇÃO  
EXTERNA E LIMPEZA COM DEBRIDAMENTO

Dr. Karo Maluf S. Pereira  
Ortopedista Traumatologista  
CRMPE 26960

10/10/10 05014

14:30 11/10/10

29 1910 11 406 + Elástico extens

Globo, 3cm, cravado ser o dia

CD: 10 14 2010 metadona elástico molas

Dr. Karo Maluf S.  
CRMPE 26960



Instituto de Medicina Integral  
Professor Fernando Figueira

PERNAMBUCO

MIGUEL ARRAES

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: ASSUNTO:  
CLÍNICA:

José

06/10/19 - Osteomíse da cintura

REG: Categorial

ENFERMAGEM:

LEITO:

66632

DATA/HORA

26/10/19

10h

DATA/HORA

27/10/19

DATA/HORA

28/10/19

9h00AM

a feta

(B = Frot. na ferida exulta e fibra)

FGA: escrito (C) (C)

b = 19/10 = Lateral + fixação óssea

Paciente Sárg (W=10)

GBS em WSG com alterações

MTE = NV+

d) crânio: malhas da BDF  
c) artérias axiais

SZEL  
DSTH  
FAD  
DIA

#SOA

-> OP: 7º DPO fez exos tum. D1\*

9h00AM

Faz endo extor. hemicranianamente com

gavios.

EF: PEG, concreto, orientada, suposta, hidratada  
normozona - NV manimado

Rx: Pso redutor e prevenção

-> OP: Alta hospital reforço 15 dias

\* Analges + diurético

Dr. Renan Holanda  
Ortopedista Traumatologista  
CRM-PE 29.349



## EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jose AlexanderRegistro: 666 32

Clínica:

Enfermaria:

Leito:

Data/Hora

11.11.19

HO: fó exsudação de oras de amanhecer

fó frequente de excesso na manhã

19.10 - PFFG

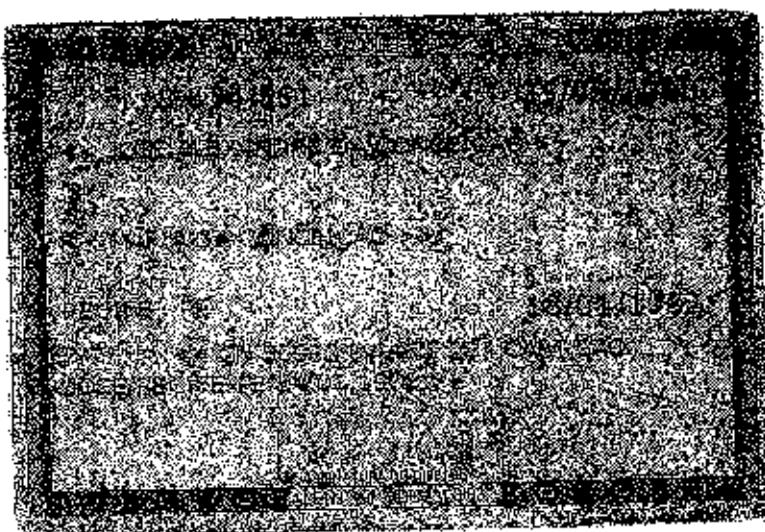
24.10 - him bisterm

Desidratação levemente severa  
desidratação moderada.  
Nefrite aguda com edema periférico  
moderado.

fó respi. bom aspecto  
SI possivel

CD periorbita 15 DIAF x 17  
glutaral periorbita.  
fundos com níveis de  
lentes.

L.S.  
C.R.  
J.A.



BRASIL  
(HTTPS://GOV.BR)



Ministério da Fazenda  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **098.492.524-48**

Nome: **JOSE ALEXANDRE DA CONCEICAO**

Data de Nascimento: **18/01/1982**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **12/11/2008**

Dígito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:23:43** do dia **10/01/2020** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **80F9.B1D3.9D7E.BA5B**

