

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190260462 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita

Descrição do exame físico: Vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 100 graus, abdução a 120 graus, deficit de força de grau medio.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 6 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190260462 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P1,8.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116479/19

Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES

CPF: 831.419.524-34

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 04/11/2018

Titular do CPF: JOSE MARCELO
RODRIGUES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

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

JOSE MARCELO RODRIGUES : 831.419.524-34

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/04/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/04/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116479/19

Número do Sinistro: 3190260462

Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES

CPF: 831.419.524-34

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 04/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MARCELO
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 03/07/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/07/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190260462

Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE MARCELO RODRIGUES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190260462

Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE MARCELO RODRIGUES

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

Boletim de ocorrência incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190260462

Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOSE MARCELO RODRIGUES

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

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. 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, 09 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190260462 **Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES**

Data do Acidente: 04/11/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00169/00170 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14544156

Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190260462

Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES

Data do Acidente: 04/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE MARCELO RODRIGUES

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **JOSE MARCELO RODRIGUES**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000002125**

Conta: **000000049266-0**

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **831 419 524-34** Nome completo da vítima: **Jose Marcelo Rodrigues**

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

Nome completo: **Jose Marcelo Rodrigues** CPF: **831 419 524-34**
Profissão: **Op. de Maquinaria** Endereço: **Rua Augusto Cavalcante** Número: **508** Complemento: **2**
Bairro: **Jogaribru** Cidade: **Beada** Estado: **PE** CEP: **555 00-000**
E-mail: **Centralegueir@igmail.com** Tel. (DDD): **(81) 9 9866-8833**

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

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: **2125** CONTA: **00049266**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

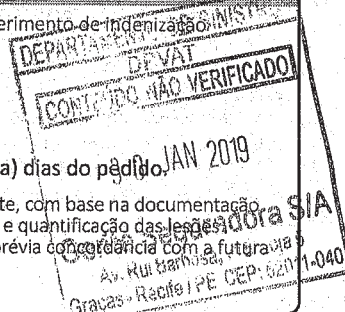
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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, **Recife, 11 de novembro de 2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Marcelo Rodrigues
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

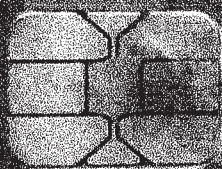
Assinatura do Representante Legal (se houver)

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.

CAIXA

POUPANÇA

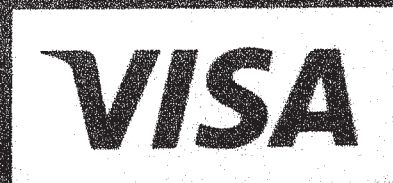


4392 6718 5697 1110

JOSE MARCELO RODRIGUES

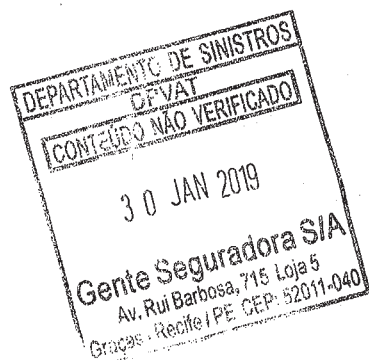
2125 013 00049266-0

10/24



Electron

Valid only in Brazil / Válido apenas no Brasil





Jailson Lapenda L. da Silva



Comissário de Polícia
Mat. 350.755-6

501491

0035031/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -
DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0153002080

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2018 às
11:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 4/11/2018 às 18:00

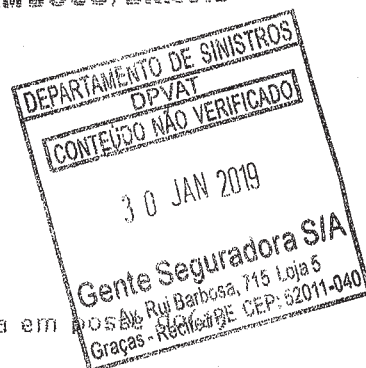
Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E UM, 1, PROXIMO A URU
EVENTOS - Bairro: CIADADE NOVA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR VAGENTE)
JOSE MARCELO RODRIGUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em
Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES



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

JOSE MARCELO RODRIGUES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
JOSE DA SILVA RODRIGUES Pai: JOSE AMARO RODRIGUES Data de Nascimento: 25/8/1973
Naturalidade: ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4514410/SSP/PE (RG),
20141952434 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão:
OPERADOR Telefones Celulares:
- 85151822

Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO CAVALCANTI, 502 - CEP: 0 - Bairro: JAGUARIBE -
ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA - 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)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES,
que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NAO INFORMADA)

Placa: 854422594 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: 848422594 Chassi:

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/cmtech/.infpopl/xml/BOEPreview.html

902K01G70DR490641

Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP JOSE MARCELO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO PELA BR 101 PROXIMO A URU EVENTOS QUANDO FOI ULTRAPASSADO POR UM CAMINHÃO VINDO A PERDER O CONTROLE E CAIR NA PISTA, QUE FOI SOCORRIDO PELA UNIDADE DO SAMU N. S. 548439 CONFORME DECLARAÇÃO DA COORDENADORA ELEIETE CARVALHO DE SOUSA COREN 382910. QUE FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DOM HELDER CAMARA COM PRONTUARIO 97383 SENDO ATENDIDO PELA ENFERMEIRA ELEUZA MENDES COREN 428767 E DOUTOR ALISSON BARBOSA (CRM ILEGIVEL). VITIMA COM FRATURA DE CLAVICULA .

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

** José Marcelo Rodrigues*
JOSE MARCELO RODRIGUES
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAILSON LAFENDA LOPES DA SILVA - Matrícula: 350755-6



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

15 ABR 2019

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



Jailson L. da Silva
Agente de Polícia
Mat.: 350.755

501530
0035121/1

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -
DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0153001909**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **20/10/2017** às
10:12

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **30/8/2017** às **20:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE ESCADA, 1, BR 181 - VIA LOCAL -
NA ENTRADA DA ARENA - Bairro: CENTRO - ESCADA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR VAGENTE)
ABDIAS FRANCISCO DE LIMA (OUTRO)
JOSE MARCELO RODRIGUES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**JOSE MARCELO RODRIGUES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
JOSE DA SILVA RODRIGUES Pai: JOSE AMARO RODRIGUES Data de Nascimento: 28/8/1973
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4814410/SSP/PE (RG)
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSOES Telefones Celulares:
- 88181822**

Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO CAVALCANTI, 508 - CEP: 0 - Bairro: JAGUARIBE -
ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**SEM AUTORIA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ABDIAS FRANCISCO DE LIMA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
EUNICE MARIA DA SILVA Pai: SEBASTIÃO FRANCISCO DE LIMA Data de Nascimento:
12/3/1973 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(s) Sr(a): **ABDIAS FRANCISCO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MARCELO RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHQ3193** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **253063029** Chassi: **9C2KC93265R544198**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP JOSE MARCELO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO PELA BR 191 VIA LOCAL QUANDO NA ENTRADA DA ARENA COLIDIU COM UM CACHORRO VINDO A CAIR . QUE CONHECIDOS O SOCORREU O LEVANDO PARA CASA E NO DIA SEGUINTE DEVIDO A FORTE DORES NO OMBRO FOI ATE O HOSPITAL REGIONAL DE ESCADA ONDE FOI ATENDIDO PELA MEDICA DRA. CAMILLA SANGUINERE CRM 24617 , SENDO TRANSFERIDO PARA A UPA DO CASO DE SANTO AGOSTINHO ATENDIDO PELA MEDICA DRA MARCELLE CARNEIRO CRM 24895 E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DOM HELDER CAMARA COM O PRONTUARIO 97393 ATENDIDO PELO MEDICO DR. HOMERO RODRIGUES E ENFERMEIRA ILANA DE SOUZA FLORENCIO COREN 377337 . VITIMA COM FRATURA NO TERÇO DISTAL DA CLAVICULA DIREITA.

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

Jose Marcelo Rodrigues
JOSE MARCELO RODRIGUES
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA** - Matrícula: **360755-6**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 063ª CIRCUNSCRIÇÃO - ESCADA -
DP63ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

0116479119

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0153002080

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/12/2018 às
11:17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 4/11/2018 às 18:00

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR CENTO E UM, 1, PROXIMO A URU
EVENTOS** - Bairro: **CIADADE NOVA - ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SEM AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
JOSE MARCELO RODRIGUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em
Sr(a): JOSE MARCELO RODRIGUES



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

JOSE MARCELO RODRIGUES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA
JOSE DA SILVA RODRIGUES** Pai: **JOSE AMARO RODRIGUES** Data de Nascimento: **25/8/1973**
Naturalidade: **ESCADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **4814410/SSP/PE (RG),
33141982404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU COMPLETO** Profissão:
OPERADOR Telefones Celulares:
85151822

Endereço Residencial: **RUA AUGUSTO CAVALCANTI, 502 - CEP: 0 - Bairro: JAGUARIBE -
ESCADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEM AUTORIA - 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)

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE MARCELO RODRIGUES**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE MARCELO RODRIGUES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI** Objeto apreendido: **Não**
cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NAO INFORMADA)**

Placa: **KIK9322 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)** Renavam: **546422594** Chassi:

902K01670DR400641

- Ano Fabricação/Modelo: 2013/2013 Combustível: ALCO/GASOL

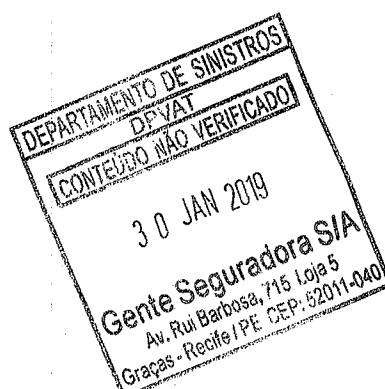
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DP JOSE MARCELO RELATANDO QUE ESTAVA TRAFEGANDO COM SUA MOTO PELA BR 101 PROXIMO A URU EVENTOS QUANDO FOI ULTRAPASSADO POR UM CAMINHÃO VINDO A PERDER O CONTROLE E CAIR NA PISTA. QUE FOI SOCORRIDO PELA UNIDADE DO SAMU N. S. 548439 CONFORME DECLARAÇÃO DA COORDENADORA ELEIETE CARVALHO DE SOUSA COREN 382910. QUE FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL DOM NELDER CAMARA COM PRONTUARIO 97393 SENDO ATENDIDO PELA ENFERMEIRA ELEUZA MENDES COREN 428767 E DOUTOR ALISSON BARBOSA (CRM ILEGIVEL). VITIMA COM FRATURA DE CLAVICULA .

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

* José Marcelo Rodrigues
JOSE MARCELO RODRIGUES
(VITIMA)

B.O. registrado por: JAILSON LAPENDA LOPES DA SILVA - Matrícula: 360755-0



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: **831 419 524-34** Nome completo da vítima: **Jose Marcelo Rodrigues**

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

Nome completo: **Jose Marcelo Rodrigues** CPF: **831 419 524-34**
Profissão: **Op. de Maquinaria** Endereço: **Rua Augusto Cavalcante** Número: **508** Complemento: **2**
Bairro: **Jogaribru** Cidade: **Beada** Estado: **PE** CEP: **555 00-000**
E-mail: **Centralegueir@igmail.com** Tel. (DDD): **(81) 9 9866-8833**

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

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: **2125** CONTA: **00049266**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

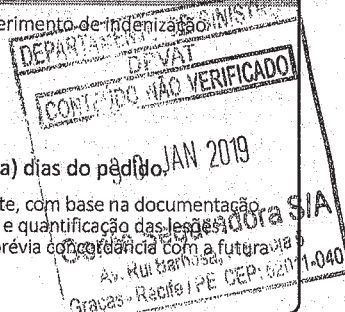
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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, **Beada, 11 de janeiro de 2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jose Marcelo Rodrigues
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | 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.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE MARCELO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02125

CONTA: 000000049266-0

Nr. da Autenticação 66CDE6ED1A6930D4




Secretaria Municipal de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

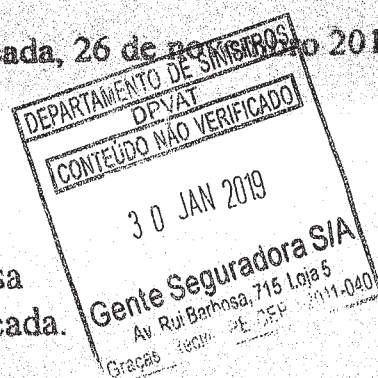
DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

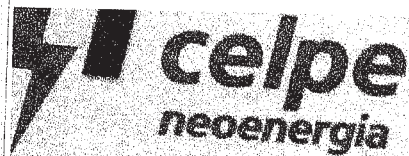
Atendendo ao requerimento do paciente Sr. José Marcelo Rodrigues, portador da Carteira de Identidade RG n.º 4514410 -SSP-PE- e inscrito no CPF/MF sob o CPF n.º 831.419.524-34, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência N.º S. 548439, que no dia 04 de novembro de 2018, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Base Descentralizada Escada - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de acidente de moto (Fratura na clavícula), às 18:34:30 hs, ocorrência na BR.101 Km, sendo removido para o Hospital Dom Helder Câmara.

Escada, 26 de novembro de 2018.


Eliete Carvalho de Sousa
Coordenadora da Base SAMU - Escada.
COREN/PE - 382.910

Eliete Carvalho de Sousa
COREN-PE: 382.910-ENF.





Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSE MARCELO RODRIGUES

CPF 831.419.524-34

CLASSIFICAÇÃO

31 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA AUGUSTO CAVALCANTE S/N

JAGUARIBE ESCADA
ESCADA FE
55500-000

CONTA CONTRATO

MÊS/ANO

2461591011

11/2018

DATA DE VENCIMENTO

DATA PREVISTA PROXIMA LEITURA

22/11/2018

17/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

45,01

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
39203363	UNICA	14/11/2018
PRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
4/11/2018	2001248214	1058438

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	64.00000000	0.73645867	39.75
Acrescimo Bandeira AMARELA			0.36
Acrescimo Bandeira VERMELHA			1.35
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2.70
MS Subvenção-CDE-NF 031652918-1/2018			0.23



AL DA FUTURA

OR	Tipo da Função	Anterior Data	Anterior Leitura	Atual Data	Atual Leitura	Nº de Dias	Constante	Ajuste	Consumo (kWh)
3234	CAI	19/07/2018	16347.00	14/01/2019	16401.00	22	1.0000		64.00

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/BIBLIOTECABWEB/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, Juliana Maria da Silva Nascimento, inscrita (a) no CPF sob o Nº 11691044 / 60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Jose Marcelo Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 831419524 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura Trabalho da Vítima Jose Marcelo Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 831419524 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

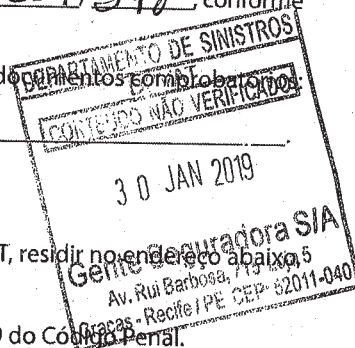
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço	<u>Av. 3 Sempre Viva</u>		Número	<u>178</u>	Complemento	—
Bairro	<u>Curado II</u>	Cidade	<u>Jaboatão dos G</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email	—		Telefone comercial(DDD)	<u>(81)99866.8833</u>		
			Telefone celular (DDD)	<u>(81)98641.1413</u>		

Reife 24 de junho de 2019
Local e data

Juliana Maria da Silva Nascimento
Assinatura do Declarante



PACIENTE: José Marcelo Rodrigues

Paciente realizou Tratamento fisioterapêutico p/ luxação de clavícula.

① Durante o período de 19/12/18 à 01/04/19.

Apresenta melhora de ADM e Mais Força no MSD.

Recebe alta deste setor

Dra Camilla Brena
Fisioterapeuta
CRM 215941-F

DATA 01/04/2019

Médico - CRM

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

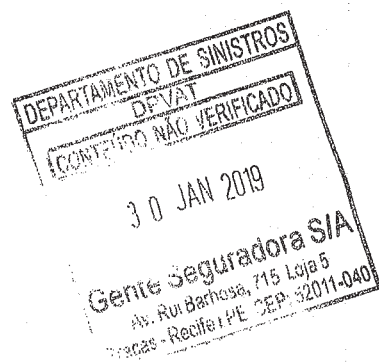
CNPJ: 10.291.311/0001-00 - CEP: 55.500-000

LAUDO MÉDICOData do Atendimento: 12/11/18Nº PRONTUÁRIO: 91353NOME DO PACIENTE: João Manoel AraújoHIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Lombalgia CrônicaCID: B70.9OBS.: sem dorNº DISS: 02

AFASTAMENTO DO TRABALHO

Dr. Eduardo de Oliveira
Ortopedista
CRM 14308 TEOT 10552

Assinatura do Médico
Carimbo



Atendimento: 465743

Data e Hora: 04/11/2018 19:52

Senha da Classificação:

0041

Paciente: 97393 JOSE MARCELO RODRIGUES

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 25/08/1973 Idade: 45 anos

Convenio: 2 SUS/SIA AMB/URG

Nome da Mãe: MARIA JOSE DA SILVA RODRIGUES

Nome do Pai: JOSE AMARO RODRIGUES

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: LACIEL SOARES DE OLIVEIRA

CRM: 17726

Endereço: RUA AUGUSTO CAVALCANTE -- JAGUARIBE

500

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: ESCADA

PE

Usuário Atendimento: JOCILENEOML

RG (Identidade): 4514410

SSP PE

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:

Cartão SUS: 898002966581052

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

Paciente vítima de queda de bicicleta com lesão no tornozelo. S. dor. Queixa de dor no tornozelo (D). Flutua p/ venha.

Exame Físico

FGK bem sendo. Inchaço, quente, doloroso, tendão

A- Vm. dor no tornozelo s/ coloração

B- dor no tornozelo

C- dor no tornozelo: f. do abd. plano, dor no abd. plano, dor no abd. plano

D- dor no tornozelo: f. do abd. plano, dor no abd. plano, dor no abd. plano

E- dor no tornozelo em região epiano-clavicular (D)

Conduta Terapêutica

AD 1) fixação de clavícula / poliquimioterapia

Prescrição Médica

- R de 4000 AP

- R de 4000 AP e perfil

- R de 4000 AP

Carimbo/Médico

Dr. Alisson Barbosa Gonçalves

EM CASO DE INTERNAÇÃO FAVOR INFORMAR

UNIPAR

Dr. Mariana S. de Almeida Araújo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DE VAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
30 JAN 2019
Genre Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 Loja 5
Recife/PE CEP: 52011-040

Genre Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Rio de Janeiro, RJ CEP: 20011-040

[illegible]

HOSPITAL DOM HELDER CAMARA

Resumo: Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data de entrada retirada da senha: 04/11/2018 19:41

Nome Paciente: JOSE MARCELO RODRIGUES
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 25/08/1973 -
Sexo: Masculino
Idade: 45
Senha: 0041
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 04/11/2018 19:46 - 04/11/2018 19:49

ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

EMERGENCIA - VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE TRAZIDO DO SAMU COM HISTORIA DE QUEDA DE MOTO, CHEGA CONCIENTE ORIENTADO.

PA: 130/90

HGT: 128

SPO2: 98

FC: 76,

NEGA HAS, DM E ALERGIAS.

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

411118

22:43

Paciente com
Moto sem consciência
Sub Hempto (D)

(+)

Ritmo Arritmico

Acolhido(a) por: ELEUZA MENDES DE OLIVEIRA - COREN: 428767 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 04/11/2018 19:50



HOSPITAL
DOM HELDER CAMARA



Anotações do Técnico em Enfermagem

Nome: Antonio Weirada Silva Registro: 97393
Unidade: Enfermaria Leito: 01
Data: 04.11.18

Plantão Noturno

Estado Geral: Bom
SNE () GTT () Dieta zero ()
Pulso espontâneo () AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()
Saturação de O2 () Central () Local: 02.11.18
Sim () Não ()
SVD () Outros: Ausente

Observações: em sala de espera, com histórico de queda de peso, com alteração de comportamento, etc.

Alta: Enfermaria Local: Local Melhorada () Obito () Evasão ()

Técnico em Enfermagem: Antonio Weirada Silva
COREN: 51261428-18

SINAIS VITAIS						CONTROLE HÍDRICO									
HORA	HGT	FC	PA	Sat.O2 e FR	TEMP.	GANHOS					PERDAS				
						DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica
20															
21															
22															
23															
24															
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP: 52011-040



GRUPO
IMIP
HOSPITAL

Nome: Roberto de Oliveira Registro: 97393
 Nome: Roberto de Oliveira Enfermaria: Unidade Leito: 01
 Data: 04.11.18

Data: 07.11.18 SNE () GTT () Dieta zero ()
 Tipo de tratamento: espontâneo () AVM () VNI () Cat. 02 () Venturi ()
 Tipo de Venturi: Perleto () Central () Local: _____ Data da troca: 07.11.18
 Sim () Não ()
 Tipo de Sonda: SVD () Outros: _____

Ausente ✓
Manteau de Van Houtte unbroken, Les Habier de garde de nuit.
Manteau de Van Houtte, Les Habier de garde de nuit.

424 - ~~Manoel~~ *Local* *Paulista* - Melhorada () Obito () 11/1980

Antônio Almeida Silva
CORR. 6/12/64-18

SINAIS VITAIS					CONTROLE HÍDRICO										
					GANHOS					PERDAS					
Tempo	HGT	FC	PA	Sat. O2 e FR	TEMP.	DIETA	NPT	HDT	MEDIC.	Transfusão	DRENO	DIUR.	EVAC.	HDL	Sond. gástrica
00															
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO!
30 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-0401





SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

PACIENTE: José Marcelo Rodrigues

Paciente sofreu acidente de
moto com lesão em ombro (D)

CID 10 - 540

Contusão clavícula D
Apresenta na Avaliação de
Fisioterapia, redução da
Amplitude de Movimento em
Adução / Abdução + elevação
de MSD.

Refere dor Moderada ao
movimento.

Deve iniciar ao tratamento
e permanecer sob o meu
atendimento até que possa
retornar às suas ativida-
des laborais.

DATA: 19/12/2018

Dra. Camilla Brena

CREFITO 215941-F

Médico - CRM

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 10.291.311/0001-00 - CEP: 55.500-000

1º. Trav. Com. José Pereira, s/n - Atalaia - Escada / PE

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1683853528

NOME
JOSE MARCELO RODRIGUES



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
4514410 SSP PE

CPF
831.419.524-34

DATA NASCIMENTO
25/08/1973

FILIAÇÃO
JOSE AMARO RODRIGUES
MARIA JOSE DA SILVA RODRIGUES

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AD

Nº REGISTRO
01395623672

VALIDADE
23/08/2023

1ª HABILITAÇÃO
10/08/2000

OBSERVAÇÕES
KAR
CETCI

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 JAN 2019
Gente Seguradora S/A
AV. Rondonia 25-215 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52041-040

Jose Marcelo Rodrigues

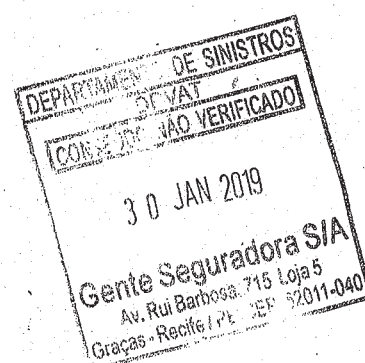
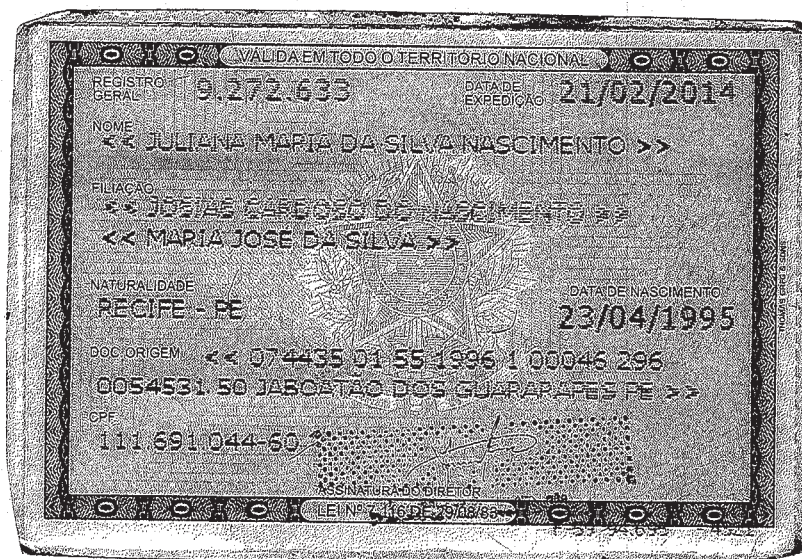
PROIBIDO PLASTIFICAR
683853528

LOCAL
CABO DE SANTO AGOSTINHO, PE

DATA EMISSÃO
30/10/2018

Diretor Presidente

54893465952
PE000432702



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013934275990
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 546422594 RENOVAÇÃO ANO EXERCÍCIO
2018

JOSE MARCELO RODRIGUES

ESCALDA-PE

831 419 524 34

PLACA RIR932B

PLACA ANT. ANF

902EC15/0DR490641

ESP. DO VEÍCULO

COMBUSTÍVEL ALCO/CASEOL

HONDA/CC 150 FAN ESI

ANO 2013

2P/149CL

CATEGORIA PARTIC

CON. PREDOMINANTE VERMELHA

IPVA 2018 QUITADO

VENG. COTA ÚNICA

FAIXA IPVA

PREC. AMEIO/CONTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

AL. FID. ADM. CONS. NAC. ESCOLA LTDA

ESCALDA

DATA 24/02/18

Assinatura do titular do veículo

SEGURO OBRIGATORIO E DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSFIRIDAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013934275990 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSE MARCELO RODRIGUES

ESCALDA-PE

55500-000

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1 831 419 524 34

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 24/02/18

RENOVAÇÃO

PLACA RIR932B

546422594

HONDA/CC 150 FAN ESI

ANO 2013

902EC15/0DR490641

PREMIO TARIFARIO

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO PAGO

TOTAL A SER PAGO DO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO

DATA DE QUANTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

Assinatura do titular do veículo

DOCUMENTO DE SINISTRO
DPVAT
NÃO VERIFICADO

30 JAN 2019
Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715 Loja
Recife/PE CEP: 520

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190260462

Nome do(a) Examinado(a): JOSE MARCELO RODRIGUES

Endereço do(a) Examinado(a): R AUGUSTO CAVALCANTI, 508 -
ESCADA/PE - CEP 55500-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4514410 - ssp pe - 30/10/2018

Data e Local do Acidente : 04/11/2018 - ESCADA/PE

Data e Local do Exame : 18/07/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de clavícula direita

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

Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem
complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 6 meses

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

vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 100
graus, abdução a 120 graus, déficit de força de grau medio.

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

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

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

limitação de grau medio do ombro direito, com bloqueio articular.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

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

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

Região Corporal

ombro direito

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190260462 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de clavícula direita

Descrição do exame físico: Vítima com bloqueio articular do ombro direito, realiza flexão a cerca de 100 graus, abdução a 120 graus, deficit de força de grau medio.

Resultados terapêuticos: Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Alta há cerca de 6 meses

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado(50%) em ombro direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 18/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em ombro direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190260462 **Cidade:** Escada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES **Data do acidente:** 04/11/2018 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
P1,8.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: Jose Marcelo Rodrigues, Brasileiro(a), Estado Civil Solteiro, Profissão Op. de maquina, Residente e domiciliado à Rua Augusto Cavalcante, nº 508A, Bairro Jaquaribe, Município de Escada, Estado PE, Cep 55000-500, Rg nº 4514410, órgão emissor SSP/PE e CPF nº 831.41952434

Outorgado(a): **Juliana Maria da Silva Nascimento**, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a)

Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

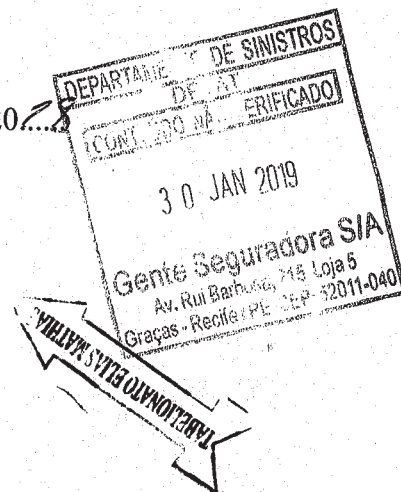
Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Jose Marcelo Rodrigues, ocorrido em 04/11/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Escada, 18, de 12 de 2018

Jose Marcelo Rodrigues

Outorgante



Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL DE ESCADA - CARTÓRIO ÚNICO

TABELIÃO TITULAR: ELIAS MATHIAS DOS SANTOS | SUBSTITUTA: MARCELLE MATHIAS COSTA DOS SANTOS

Reconheci a firma por autenticidade de: 18/12/2018 17:19:50

JOSE MARCELO RODRIGUES, Dou fe,
Em testemunho da verdade.

Elías Mathias dos Santos - Tabelião

Selo Digital Nº 007294-ZEC11201801100532

Consulta autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital

AV. DR. JOSÉ HENRIQUE, 198 - CENTRO - ESCADA/PE - CEP: 55.500-000 - TEL: (81) 3534-1555 / 3712



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0116479/19

Número do Sinistro: 3190260462

Vítima: JOSE MARCELO RODRIGUES

CPF: 831.419.524-34

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 04/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE MARCELO
RODRIGUES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 15/04/2019
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos