

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do acidente: 15/06/2019

Seguradora: MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SEM DESVIO DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA RESIDUAL ASSOCIADO. MARCHA PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO LATERAL DIREITO.(PAG.04.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR (INDICADO TRATAMENTO CIRÚRGICO)E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ RECEBEU 25% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO PELO SINISTRO 3140/138069 ACIDENTE: 02/08/2014

@8 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 02 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555467

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOHNY CLAUDE DE LIMA

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, 14 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190555467 Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOHNY CLAUDE DE LIMA

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



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190555467

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Data do Acidente: 15/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOHNY CLAUDE DE LIMA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOHNY CLAUDE DE LIMA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001581

Conta: 0000039172-1

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 225.654.358-18 4 - Nome completo da vítima: JOHMY CLAUDE DE LIMA

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

5 - Nome completo: JOHMY CLAUDE DE LIMA 6 - CPF: 225.654.358-18
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Selman 9 - Número: 1064 10 - Complemento: Casa 01
11 - Bairro: JANGA 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: FG 14 - CEP: 53435-340
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 8198325980

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1581 CONTA: 39.172 1

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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 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 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 civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro(vainascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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.

34

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

27 SET. 2019
SEGURO DPVAT
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 18-09-2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: 3190555467
Nome do(a) Examinado(a): Johny Claude de Lima
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Solmar, 1064 Casa 01
Janga Paulista PE CEP: 53435-340
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10000683
Data local do acidente: [15/06/2019]
Data local do exame: [22/10/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA SEM DESVIO DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA RESIDUAL ASSOCIADO. MARCHA PRESERVADA.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DEFICIT FUNCIONAL LEVE AO TORNOZELO DIREITO.
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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|---|---|
- 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. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 034ª CIRCUNSCRIÇÃO - MARIA FARINHA -
DP34ªCIRC DIM/8ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0124001135

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **16/08/2019** às **13:17**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **15/6/2019** às **20:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR CLAUDIO JOSE GUEIROS
LEITE, 81 - Bairro: PAU AMARELO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PROXIMIDADES DA PADARIA KARLA SENTIDO
JANGA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL (AUTOR / AGENTE)
JOHNY CLAUDE DE LIMA (VITIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOHNY CLAUDE DE LIMA

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

**JOHNY CLAUDE DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
JOSÉ MELO DE LIMA Pai: IVANILDO INÁCIO DE LIMA Data de Nascimento: 17/12/1977
Naturalidade: PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 22565435878 (CPF) Estado
Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: SOLDADOR Telefones
Celulares:
- 987302040**

Exame pencial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA SOLMAR, 1064, CASA 01 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO DO MERCADO PÚBLICO DO CONJ. BEIRA
MAR**

**CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL (não presente ao plantão) - Sexo:
Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEÍCULO AUTOMÓVEL (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): CONDUTOR DO
VEÍCULO AUTOMÓVEL, que estava em posse do(a) Sr(a): CONDUTOR DO VEÍCULO
AUTOMÓVEL**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido:

Não

Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFQ9462** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Descrição: **DE MARCA, MODELO, ANO E COR NÃO IDENTIFICADOS PELA VÍTIMA.**

VEÍCULO MOTONETA SHINERAY (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOHNY CLAUDE DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOHNY CLAUDE DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

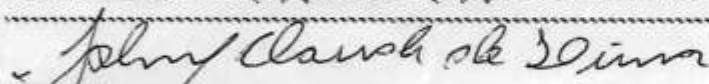
Placa: **PCM3133** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015**

Complemento / Observação

INFORMOU A VÍTIMA QUE QUANDO TRANSITAVA COM SEU VEÍCULO MOTONETA SHINERAY NA AV. CLÁUDIO GUEIROS LEITE, SENTIDO PAU AMARELO/ JANGA, NAS IMEDIAÇÕES DA PADARIA KARLA, FOI COLIDIDO PELO CONDUTOR DO VEÍCULO AUTOMÓVEL, O QUAL LOGO EM SEGUIDA AO ACIDENTE DE TRANSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL SE EVADIU DO LOCAL DO ACIDENTE. RESSALTA A VÍTIMA QUE PENSANDO NÃO HAVER GRAVIDADE NO FERIMENTO DO ACIDENTE, FOI PARA SUA RESIDÊNCIA. ADIANTA AINDA QUE 02(DOIS) DIAS APÓS O ACIDENTE, A VÍTIMA SE DIRIGIU PARA A UPA DE OLINDA NA PE-15 CIDADE TABAJARA- OLINDA, COM DORES E INCHASSO NA PERNA DIREITA, ONDE FOI CONSTATADO UMA FRATURA NO TORNOMELO, SENDO A VÍTIMA ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES, SENDO COLOCADA UMA TALA, E RECOMENDADA A VOLTA COM 02 (DOIS) MESES. A VÍTIMA APRESENTOU NO MOMENTO DO REGISTRO DO BOE, UMA CÓPIA DO ATENDIMENTO: 432355, DATADA DE 17/06/2019 DO HOSPITAL MIGUEL ARRAES. NADA MAIS A REGISTRAR.

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


JOHNY CLAUDE DE LIMA
(VÍTIMA)

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

B.O. registrado por: **ANTONIO SIMÕES DE ARRUDA NETO** - Matrícula: **331052-6**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 225.654.358-18 4 - Nome completo da vítima: JOHMY CLAUDE DE LIMA

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

5 - Nome completo: JOHMY CLAUDE DE LIMA 6 - CPF: 225.654.358-18
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua Selman 9 - Número: 1064 10 - Complemento: Casa 01
11 - Bairro: JANGA 12 - Cidade: Paulista 13 - Estado: FG 14 - CEP: 53435-340
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 8198325980

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 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 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 civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
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 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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.

34

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS
Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

27 SET. 2019
SEGURO DPVAT
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Paulista, 18-09-2019

JOHMY CLAUDE DE LIMA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039172-1

Nr. da Autenticação F62695AE05618C42

A 24 HORAS - OLINDA

Imó da Classificação de Risco - Protocolo
e Hora retirada da senha: 15/06/2019 08:00

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Nome Paciente: **JOHNY CLAUDE DE LIMA**
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: **16/12/1977**
Sexo: **Masculino**
Idade: **41**
Senha: **0070**
Convênio:
Atendimento:
SAME:

odo: 15/06/2019 08:00 - 15/06/2019 08:01
EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

ridade: **URGENCIA - AMARELO**
AMARELO

ixa Principal: **RELATO DE ATROPELAMENTO, REFERA TRAUMA EM FACE, APRESENTA ESCORIAÇÕES**
ME FACE, NEGA VOMIO E DESMAIO, APRESENTA TRAUMA EM MID

ervação: **NGA ALERGIA**
ograma sintoma: **TRAUMA**
riminador(es): **- DOR MODERADA (4 - 7/10)**
cialidade: **CLINICA GERAL**

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/06/2019 08:01



Data da Postagem: 05/08/19
Data de Vencimento: 15/08/2019
Data prevista do fechamento da próxima fatura: 04/09/2019



CTC RECIFE PE PL2
IVANILDO HORACIO DE LIMA
RUA SOLMAR 1064 CASA 01
JANGA
53435-340 PAULISTA PE

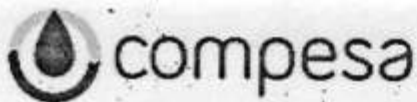


72 09036639 48954 00000435685 3 0 050819

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190444120399

Escritório: MARANGUAPE I

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

AMARO RODRIGUES DE ARAUJO

R SEXTENTA, N. 00136 - MARANGUAPE I PAULISTA PE 53441-180

INSCRIÇÃO: 274.205.775.0143.000

GRUPO: 5

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 04412039.9

ASSINATURA

ASSINATURA

SITUAÇÃO ÁGUA

SITUAÇÃO ESGOTO

RESIDENCIAL

COMERCIAL

INDUSTRIAL

MONTADO

LIGADO

LIGADO

DATA LEIT. ANTERIOR

DATA LEIT. ATUAL

DATA LEIT. ATUAL

REAL / MIN FIXAD

AL65563853

28/03/2019

27/04/2019

ÁGUA

LEIT. ANT.: 82

LEIT. ATUAL: 86

LEIT. FAT.: 86

CONSUMO: 4

ESGOTO

LEIT. ANT.: 10

LEIT. ATUAL: 10

LEIT. FAT.: 10

VOLUME: 10

CONS MIN FIX

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

03/2019 3/ 10

02/2019 1/ 10

01/2019 0/ 10

12/2018 7/ 10

11/2018 6/ 10

10/2018 7/ 10

MÉDIA 4/ 10



PARÂMETROS

EXIG. PELA PORT.

MS 2.914/11

NÚMEROS DE AMOSTRAS

ANÁLISES

REALIZADAS

ATENDEM A

LEGISLAÇÃO

TURBIDEZ

56

56

56

COR APARENTE

56

56

56

CORO RESIDUAL

56

56

31

COLIFORMES TOTAIS

56

56

56

E.Coli

56

56

56

OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.

(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CORO RESIDUAL SÃO

INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.

(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO

VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ÁGUA

4 M3

41,30

ESGOTO

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

CONSUMO DE ESGOTO

10 M3

41,30

DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA

04/2019

1,00

PIS

82,60

1,65

1,36

COFINS

82,60

7,60

6,28

VENCIMENTO

08/05/2019

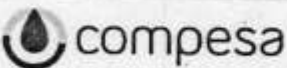
TOTAL A PAGAR

83,60

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 86,76. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NGA- TIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 15/05/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

04412039.9

04/2019-0

VENCIMENTO

08/05/2019

TOTAL A PAGAR

83,60

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82880000000-6 83600018274-7 04412039901-8 04201900003-6



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu JEFFERSON SANTOS DE ARAÚJO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 051980934/32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOHNY ELAIDE DE LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 255654358/8

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima JOHNY ELAIDE DE LIMA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 255654358/8, 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>RUA GO</u>	Número: <u>136</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>MARAGUAPÉ I</u>	Cidade: <u>Paulista</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53441-180</u>	Tel (DDD): <u>(81) 983252989</u>

Local e Data: Paulista 17.09.19

X [Assinatura]
Assinatura do Declarante

pro curador
assinar

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Atendimento: 1481226

Senha da Classificação:

0064

Data e Hora: 15/06/2019 08:03

Paciente: 513743 JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/12/1977

Idade: 41 anos

Convenio: 2

SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE MELO DE LIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: RUA PALMEIRINHA

C03

54

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Cep: 53435060

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 83143194

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

LESÃO VITIMA 25 CORTES NO X CORNO DO
GROSSO COM A O CORNO E MEIO

Exame Físico

PERTECIDO

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

Hipótese Diagnóstico

SEGURO DE TRABALHO DE 1ª

030106010-0

Conduta Terapêutica

Exame físico 10:05

Prescrição Médica

- Dato Lince
- Dato Lince 100 0 6/12
- Dato Lince 100 7 100 2 5/12
- Dato Lince 100 7 100 2 5/12
- Dato Lince 100 7 100 2 5/12

FARMACIA DI
ATENDIDO

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha:

5706361

Dr. Ayron Ferraz
Carimbo Médico



1481226

IMOBILIZAÇÃO

IPA 24 HORAS - OLINDA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP
Data e hora retirada da senha: 15/06/2019 07:42

Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0064
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 15/06/2019 07:58 - 15/06/2019 08:00
EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: URGENCIA - AMARELO
Cor: AMARELO
Queixa Principal: RELATO DE ATROPELAMENTO, REFERA TRAUMA EM FACE, APRESENTA ESCORIAÇÕES ME FACE, NEGA VÔMITO E DESMAIO, APRESENTA TRAUMA EM MID
Observação: ALERGIA: NG
Programa sintoma: T.C.E
Orientador(es): - CEFALÉIA MODERADA (4-7/10).
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Atendimento: 1481227
Data e Hora: 15/06/2019 08:04

Senha da Classificação:

0070

Paciente: 513743 JOHNY CLAUDE DE LIMA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 17/12/1977 Idade: 41 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA JOSE MELO DE LIMA Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: CLINICO - PLANTONISTA

CRM: 123456

Endereço: RUA PALMEIRINHA

Cep: 53435060

Bairro: JANGA

Cidade/UF: PAULISTA

Usuário Atendimento: ALESSANDRACS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 83143194

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

*Queixa de Aftas na boca. Nega
náuseas, vômitos, febre, dor de
barriga. Nega contato com
pessoas com aftas.*

Exame Físico

Nome do Médico: CLINICO

Prescrição de Aftas.

Hipótese Diagnóstico

*RESUMO DE TRA
TCE*

Conduta Terapêutica

LX torax

Prescrição Médica

acetoprofenol 100mg 2x

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Senha: _____

Carimbo/Médico

*Carimbo/Médico
RM 24971*



1481227

Data e Hora retirada da senha: 15/06/2019 08:00

Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 16/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0070
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 15/06/2019 08:00 - 15/06/2019 08:01

EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Urgência: URGENCIA - AMARELO
Cor: AMARELO

Queixa Principal: RELATO DE ATROPELAMENTO, REFERA TRAUMA EM FACE, APRESENTA ESCORIAÇÕES EM FACE, NEGA VOMIO E DESMAIO, APRESENTA TRAUMA EM MID

Observação: ALERGIAS
Exatidão sintoma: TRAUMA
Discriminador(es): - DOR MODERADA (4 - 7/10)
Especialidade: CLINICA GERAL

15/06/2019
COREN: 361601 - FUNÇÃO
AMARELO
AMARELO
ATROPELAMENTO, REFER
VOMIO E DESMAIO
15/06/2019
JOHNY CLAUDE DE
41 - 7/10
TRAUMA
CLINICA GERAL

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: EMERLAINE FERREIRA GOMES - COREN: 361601 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 15/06/2019 08:01

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5706361

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Pac: 619743 - JOHNY CLAUDE DE LIMA Idade: 41
Sexo: M () F () Profissão: _____ Fone: _____
Endereço Residencial: _____ Bairro: _____
Cidade: Paulista - PE

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta (x)
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro (x) Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto S () N ()
Motocicleta: Motociclista (x) Passageiro () Uso de Capacete: S (x) N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: paciente com colisão moto x carro
em 1º andar com lesões na cabeça e no tórax
Hipótese Diagnóstica: Ex. fratura costal e tórax (D)

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()
Distúrbio Fala/Choro: S () N ()
Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/06/2019 10:22

Nome Paciente: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 17/12/1977
Sexo: Masculino
Idade: 41
Senha: 0016
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Order

Período: 17/06/2019 11:22 - 17/06/2019 11:27

FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: NAO URGENTE - VERDE

Cor: VERDE

Queixa Principal: PACIENTE PROVENIENTE DA UPA DE OLINDA VITIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO HÁ 2 DIAS.
COM HD DE FX MALEOLO LATERAL TNZ DIREITO

Observação: NEGA HAS,DM E ALERGIAS
SENHA:5706361

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6 HORAS

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 95.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 130.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 90.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %

RECEBIDO

Alts

HMA - Hospital Miguel Arraes
Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT

FATURADO
R\$ 1.000,00
Ana Pimenta

Acolhido(a) por: FERNANDA MARIA ROCHA BOTELHO - COREN: 498644 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

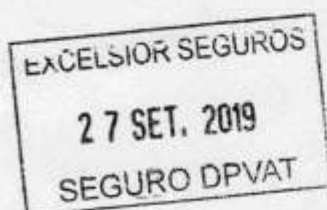
Data Impressão: 17/06/2019 11:27

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 482355 Prontuário: 69367 SAME: 60264 Hora Atend: 11:33 Data Atend: 17/06/2019
Paciente..... : JOHNY CLAUDE DE LIMA Idade: 41 a
Endereço..... : RUA SOLMAR
Bairro..... : JANGA
Cidade..... : PAULISTA UF.: PE CEP: 53435340
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano....: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ALTA APOS MEDICACAO
Data Saída..... : 17/06/2019 Hora Saída : 14:00

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA ORTOPEDIA

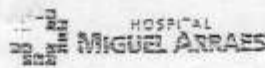
DIAGNOSTICO



PLANTONISTA ORTOPEDIA / 12346
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DETOX

FOLHA



EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Jonny Carlos V. Luis Registro: _____
 Clínica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora

01/03/19

Ant. Consumo de drogas

v. TOBACO M.

por recusar o tratamento

com o

De + ETOXOLON

A DEMONSTRAR

com SUSPENSÃO DO TOBACO

com Drogas M. Finais.

EXPRIMO O PROBLEMA M. CURVADO

DE FARMACIA E A GRANDE NECESSIDADE

NO TRATAMENTO CLÍNICO POR

MEDICAMENTO TUDO QUE FOR

EXPRIMO O MESMO RECURSO

INTERMITENTES PARA TRAT. CLÍNICO NO

URGENTE. IM 3011.

ACELSIOR SEGUROS
 27 SET. 2019
 SEGURO DPVAT

Fausto K. K. Figueira
 Otorrinolaringologista
 CRM: 14.104

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO TAVARES DE LIMA



CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR

Johny Claude de Lima



VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

10.000,683

DATA DE EXPIRACAO 12/08/2014

<< JOHNY CLAUDE DE LIMA >>

<< IVANILDO HORACIO DE LIMA >>

<< MARIA JOSE MELO DE LIMA >>

NATURALIDADE: PAULISTA - PE

DOC. ORIGINAL << 075333 01 55 1977 1 00043 068 >>

0004768 25 ABREU E LIMA-PE >>

225.654.358-78

DATA DE NASCIMENTO 17/12/1977

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 24/08/83

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA TRANSPORTAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATERIA NACIONAL DE HABILITADO

NOME: **JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **5123670 SSP PE**

CPF: **051.980.934-32** DATA NASCIMENTO: **05/08/1983**

FILIAÇÃO: **AMARO RODRIGUES DE ARAUJO**
LUCIA MARIA DOS SANTOS

N° REGISTRO: **02362851114**

PERMISSÃO: **ACC** CAT. HAB: **AE**

VALIDADE: **23/07/2020** 1ª HABILITAÇÃO: **06/06/2002**

OBSERVAÇÕES:

ASSINATURA DO PORTADOR: *Jefferson Santos de Araujo*

LOCAL: **RECIFE, PE**

ASSINATURA DO EMISSOR: *Charles Anderson Sousa Ribeiro*
 Diretor Presidente

DATA EMISSÃO: **09/07/2018**

00039873354
 PE073632651

PERNAMBUCO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1677682555

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1677682555

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014357328477
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM IPTV IC PC EXERCÍCIO
1 1079642320 ***** 2019

JOHNY CLAUDE DE LIMA

PAULISTA-PE

225.654.358-78

PLACA

PCM3133

CHASSI

LXYPCELO6E0206699

PA3 CICLOMOTOR

GASOLINA

I/SHINERAY XY 50 Q 2

CATEGORIA

PARTIC

2P/49CL

IPVA 2019

QUITADO

FAIXA IPVA

A 1

PREMIO TARIFARIO (R\$)

15.43

SEM RESERVA

DATA DE PAGAMENTO

29/01/19

PAULISTA-PE

11/02/19

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Roberto Carlos Moreira Fontelles

Roberto Carlos Moreira Fontelles

EXCELSIOR SEGUROS

27 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA

DATA DO ACIDENTE 15/06/19 CPF DA VÍTIMA 225.655.358-78

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM

A VÍTIMA E

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO BAIRRO

CIDADE UF CEP

E-MAIL TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CERTIDÃO DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() LAUDO IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A INEXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

() BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

EXCELSIOR SEGUROS
27 SET. 2019
SEGURO DPVAT

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUILÍBRIO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

Obs: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/09/19

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 12/09/19

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA SEM DESVIO DO MALEOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame físico: LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXO-EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REALIZA APROX 90 GRAUS) COM EDEMA RESIDUAL ASSOCIADO. MARCHA PRESERVADA.

Resultados terapêuticos: CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190555467 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA **Data do acidente:** 15/06/2019 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.(PAG.04.06)

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA JÁ RECEBEU 25% DE MEMBRO INFERIOR DIREITO PELO SINISTRO 3140/138069 ACIDENTE: 02/08/2014

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VTIMA:

Nome: JOHNY CLAUDE DE LIMA
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: _____
Profissão: Elettricista
Identidade: 10.000.683 908-PE CPF: 225.654.358-78
Endereço: Rua SOLOMAN, 1064, CASA OS. JANGA, PAULISTA - PE
Garantia: Invalidez Data do Acidente: 15/06/19

PROCURADOR:

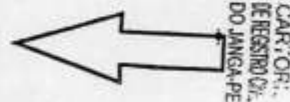
Nome: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO
Nacionalidade: Brasileiro Est. Civil: Casado
Profissão: Estudante
Identidade: 5123670 SDS-PE CPF: 051980934-32
Endereço: Rua 60, Nº 136, Maranguape 1, Paulista-PE.

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a qualquer Seguradora pertencente ao Consorcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Lider (Correios, Sincor(s) e Corretores), a fim de receber a indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT e poderes para assinatura em ficha de Autorização de Pagamento, Credito de Indenização de Sinistros DPVAT, a que tenho direito, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima

Johny Claude de Lima

Paulista-PE 23-08-2019
Local e data

Johny Claude de Lima
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)



SERVENTIA DO REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DE PAULISTA - PRAIA DA CONCEÇÃO
Av. Dr. Claudio José Soares Leite, 444 - Praia da Conceição - Paulista-PE - CEP 53400-000
Telefone: (81) 3498.0932 - Email: serventia@cartoriojangape.com.br

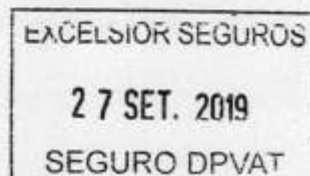
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma manuscrita de
JOHNY CLAUDE DE LIMA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
PAULISTA, 23 de agosto de 2019 10:49:26

Em testemunha da verdade,
Kerla Nascimento da Silva (Escrivente Autorizada)

Emol.: R\$ 3,61 Taxa: R\$ 1,40 Total: R\$ 5,01
Válido somente com o selo 0077465-EE-005201904-00878

DO JANGA

Consulte Autenticidade em: www.cpa.jos.br/validadigital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0335479/19

Vítima: JOHNY CLAUDE DE LIMA

CPF: 225.654.358-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/06/2019

Titular do CPF: JOHNY CLAUDE DE LIMA

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
DUT
Outros

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO : 051.980.934-32

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

JOHNY CLAUDE DE LIMA : 225.654.358-78

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 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: 27/09/2019
Nome: JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO
CPF: 051.980.934-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/09/2019
Nome: GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO
CPF: 010.709.184-40

JEFFERSON SANTOS DE ARAUJO

GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO

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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOHNY CLAUDE DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01581

CONTA: 000000039172-1

Nr. da Autenticação F62695AE05618C42