

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/19

Vítima: WILSON BATISTA LINS

CPF: 024.245.644-85

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILSON BATISTA LINS

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

WILSON BATISTA LINS : 024.245.644-85

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: 25/10/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1487430708

NOME
ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO



DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR: UF
4416464 SSP PE

CPF DATA NASCIMENTO
517.088.064-91 02/05/1972

FILIAÇÃO
**GILBERTO VALERIANO DA COSTA
HELENA MARIA DA SILVA COSTA**

PERMISSÃO ADQ CAT. HAB.
RECONHECIMENTO SUCESSOR

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
04324080945 30/09/2022 26/03/2025



OBSERVAÇÕES
NAR

Artur V. Costa Neto
ASSINATURA DO PORTADOR

PROIBIDO PLASTIFICAR
1487430708

LOCAL DATA EMISSÃO
RECIFE, PE 30/10/2017

Charles Andrews Souza Alencar
Charles Andrews Souza Alencar
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

30390611474
PE081420225

PERNAMBUCO



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 486193

Senha da Classificação:

Data e Hora: 13/07/2019 03:31

0010

Paciente: 127473 WILSON BATISTA LINS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/09/1976

Idade: 42 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ROSALIA ANA BATISTA BRITO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA OITENTA E UM

305

Bairro: MARANGUAPE I

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

03:45

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente porocionário com dor e ferimento em antebraço direito e dor em tornozelo. NFA. Nausea, vômito, cefaleia, alterações de consciência. Alergia a proteína.

Exame Físico

Reb orientado, consciente, eupórico. Apgar 1 - MD - ferimento circular em face dorsal medial do antebraço NVH, sem déficit de extensão do punho e dor local, abdome e membros superiores e inferiores sem lesões. 1 F 2 AFO. Arco aorta e ONAR. Hipotese Diagnóstico: PARAVERT, CHAVI, TEC 2 2A. Sem sangramento. Defeito de 3 dentes. Ferimento em antebraço direito.

Prescrição Médica

Dipirona 1g + AA FU 5/6h
Cefazolin 1g + 100ml St 0,9% FU 8/8h
SAT
VAT
Solicito PA do antebraço e tornozelo (D)

Dr. Samuel Moura
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 40.555

FABR
ATMAY

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação

04:00

Assinatura com Dr. Fabiano ATMAY. No ultrassom foram CO. Solicito com ultra-sonografia e ATMAY. ATMAY + ultrassom + ATMAY

Dr. Samuel Moura
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 40.555



FICHA DE INTERNAÇÃO

Rua Estrada da Fazendinha, S/N
Jaguaribe - Paulista - PE
CEP.: 53.400 - 000

Cód. Atendimento: **486194**

Usuário: MAYARAAM

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **WILSON BATISTA LINS**

Idade: 42a 9m 20d

Sexo: M

Estado Civil: SOLTEIRO

Prontuário: 127473

Data de Nascimento: 22/09/1976

Profissão:

Escolaridade:

Telefone:

CEP 53441080

R.G.:

C.P.F.: 02424564485

, 305 - MARANGUAPE I

- PAULISTA

- PE

Endereço: RUA OITENTA E UM

Dados da Internação

Origem: URGENCIA/EMERGENCIA

Data e Hora da Internação: 13/07/2019 04:21

Convênio: SUS - INTERNACAO

Plano: GERAL

Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERD2-EXTRA

Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

Endereço:

- Numero:

Telefone:

Cidade:

Estado civil:

FATURADO
19/07/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTA

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 14 / 07 / 19

Hora da Alta: 12 : 15

Motivo:

☒ Melhorado

☐ A Pedido

☐ Transferência

☐ Óbito

☐ Evasão

Condições de Alta: Boas

Diagnóstico Principal..... Ferimento extenso em antebraço D + Lesão dos tendões extensores longos de 2º e 3º QDD

Diagnóstico Secundário01.:

Diagnóstico Secundário02.:

Procedimento..... LC + DC + Tenonafia dos extensores de 2º e 3º QDD

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico

CRM-PE 27686

CRM-BA 33033

Dr. Claudete Barbosa
Médico e CRM:

Responsável pela retirada do paciente

Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 13 de Julho de 2019

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: WILSON BATISTA LINS

IDADE: 42

SEXO: MASCULINO

DATA DA ADMISSÃO: 13/07/19

REG: 127473

DATA DA ALTA: 14/7/19

DIAGNÓSTICO:

- FERIMENTO EXTENSO EM ANTEBRAÇO DIREITO + LESÃO DOS TENDÕES EXTENSORES LONGOS DE 2º E 3º QDD

TRATAMENTO REALIZADO:

- LIMPEZA E DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO + TENORRAFIA DOS EXTENSORES DE 2º E 3º QDD

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREODAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRA) EM **01 SEMANA**;
- MANTER TALA ANTEBRAQUIDIGITAL EM EXTENSÃO - NÃO MOLHAR OU DANIFICAR;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTE, DOR IMPORTANTE.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27686 CRM-BA 33038

Dra. Cláudia Barbosa
ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 13/07/2019

Hora.....: 11:16

Aviso de Cirurgia : 57998

Paciente : 127473

Convênio Atend. : 1

Leito : 800

Dt. Início : 13/07/2019 09:05

Cid Pré-Operatório : T141

Cid Pós-Operatório : S565

Sala : 0003

SALA 03

WILSON BATISTA LINS

SUS - INTERNACAO

VERD2-EXTRA

Dt. Fim : 13/07/2019 10:45

Atendimento : 486194

Carteira :

Idade : 42 Anos

FERIMENTO DE REGIAO NAO ESPECIFICADA DO CORPO

TRAUMATISMO DE OUTROS MUSCULOS EXTENSORES E TENDOES AO NIVEL DO ANTEBRA

Procedimento: 0415040035

Convênio: 001

Anestesia: 29

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

CIRURGIO
ANESTESISTA

18412 GABRIEL FREIRE MONTEIRO

2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica :DIAGNÓSTICO: FERIMENTO EXTENSO EM ANTEBRAÇO DIR + LESÕES DOS TENDÕES EXTENSORES DO 2º E 3º QDD
INTERVENÇÃO: LC + DC + TENORRAFIAS DOS EXTENSORES DO 2º E 3º QDD

OPERADOR: DR. GABRIEL MONTEIRO

1º AUXILIAR: DR. LUIZ ROGÉRIO GOMES

INSTRUMENTADOR: REBECA

ANESTESISTA: DR. GENÉSIO GOMES

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL + SEDAÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA + ANTISSEPÇÃO DE MSD
3. APLICAÇÃO DE GARROTE ESTÉRIL
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
5. ABORDAGEM DOS FERIMENTOS NO DORSO DO ANTEBRAÇO DIR, AMPLIADOS PROXIMAL E DISTALMENTE EM Z
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
6. DESBRIDAMENTO DOS TECIDOS DESVITALIZADOS
7. REALIZADA TENORRAFIA COM PONTOS KESSLER DE NYLON 4-0 + CHULEIO NOS DOIS TENDÕES EXTENSORES DO 2º QD
NO TENDÃO EXTENSOR DO 3º QDD
8. REALIZADA SUTURA POR PLANOS DE FERIMENTO EM DORSO DE ANTEBRAÇO DIREITO COM VICRYL 2-0 E NYLON 3-0
9. VISUALIZADO FERIMENTO EM REGIÃO ULNAR DE PUNHO DIREITO E REALIZADA LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9%
10. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
11. RETIRADO GARROTE ESTÉRIL E VERIFICADA BOA HEMOSTASIA
12. SUTURA DA PELE COM NYLON 3-0
13. CURATIVO COM ADAPTIC EM FERIMENTO EM REGIÃO ULNAR DE PUNHO DIREITO
14. TALA ANTEBRAQUIO-DIGITAL ENGLOBANDO 2º E 3º QDE EM EXTENSÃO DO PUNHO E DA MTCF
15. OBSERVADA BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
19/07/19CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADr. Luiz Rogério Macedo Gomes
Médico
CRM-PE 27685 CRM-BA 33089DR(A) : GABRIEL FREIRE MONTEIRO
CRM : 18412

SUS

Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	WILSON BATISTA LINS			6 - Nº Prontuário	127473
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor	10.1 - Etnia	
	22/09/1976	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	ROSALIA ANA BATISTA BRITO			12 - Telefone de Contato	8198805510
13 - Nome Responsável	ANA KARINA			14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	RUA OITENTA E UM, 305 - MARANGUAPE I				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	53441080		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
 PACIENTE SEXO MASCULINO 42 ANOS REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO HA 3 HORAS EVOLUINDO COM DOR EM JOELHO DIREITO, DOR E FERIMENTO EM REGIAO DORSAL MEDIAL DO ANTEBRAÇO DIREITO COM DEFICIT DE EXTENSAO DO 3 QDD. NEGA NAUSEA VOMITOS CEFALEIA, REFERE TER INGERIDO BEBIDA ALCOOLICA. NEGA COMORBIDADES, REFERE ALERGIA A CETOPROFENO
 ANAMNESE: BEG ORIENTADO CONSCIENTE EUPNEICO AFEBRIL CORADO HIDRATADO NORMOTENSO NORMOCARDICO
 EXAME FÍSICO: OR A PALPAÇÃO DO JOELHO, EDEMA +/4+, SEM ALTERAÇÃO DE ADM. PACIENTE DEAMBULA SEM DIFICULDADE
 EXAME FÍSICO: FERIMENTO EM REGIAO MEDIAL DORSAL 1/3 MEDIO DO ANTEBRAÇO DIREITO APRESENTADO DEFICIT DE EXTENSAO TOTAL DO 3 QDD, SEM ALTERAÇÃO DE ADM.

21 - Condições que justificam a internação
 AS ACIMA

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
 EXAME CLINICO E RADIOLOGICO

23 - Diagnóstico Inicial / Código
 FERIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR, NIVEL NAO ESPECIFICADO

24 - CID 10 Principal
 T111
 S66.3

25 - CID 10 Secundário
 W199
 V29.9

26 - CID 10 Causas Associadas
 556.5
 04.08.06.045.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA			28 - Código do Procedimento	0415020069
29 - Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016000814999		
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)			
FAGNER FONSECA DE ATHAYDE	13/07/2019	16863			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	

48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	
	Dr. Francisco Couto Traumato - Ortopedia Cirurgia do Joelho CRM 13246 TEOT 7447	

AIH
 261910219003-4

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

4.984.211

WILSON BATISTA LINS >>

DATA DE EMISSÃO 14/08/2008

VALIDADE 22/00/1978

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 21/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SOCIEDADE REPTES-SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VIGILÂNCIA

EE-23-0

IDENTIFICAÇÃO

ASSINATURA DO DETENTOR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 486193

Senha da Classificação:

Data e Hora: 13/07/2019 03:31

0010

Paciente: 127473 WILSON BATISTA LINS

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 22/09/1976

Idade: 42 anos

Convenio: 2

SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: ROSALIA ANA BATISTA BRITO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RUA OITENTA E UM

305

Bairro: MARANGUAPE I

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: MAYARAAM

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

03:45

Queixa Principal

Paciente vítima de acidente automobilístico com dor e ferimento em antebraço direito e dor em tornozelo direito. Nausea, vômito, cefaleia, alteração de consciência. Alergia a proteína.

Exame Físico

Reb orientado, consciente, eupórico. Apgar I - MD - ferimento circunferencial em face dorsal medial do antebraço NVH, sem déficit de extensão do punho e dor local, abdome e membros superiores e inferiores sem lesões. 1 F 2 AFOS. Arco aórtico e DNAR. Hipotese Diagnóstico: Fratura em antebraço direito.

Prescrição Médica

Dipirona 1g + AA FU 5/6h
Cefazolin 1g + 100ml St 0,9% FU 8/8h
SAT
VAT
Solicito Rx do antebraço e tornozelo (D)

Dr. Samuel Moura
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 40.555

FABR
ATMAY

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de internação

04:00

Assinatura com Dr. Samuel Moura. Não usar a mão direita. CO: Solicitar com ultra-sonografia e radiografia. ATMAY



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUM. - S/N - DOIS IRMAOS R
ECIFE PE 52171-011

DADOS DO CLIENTE ROBINSON NASCIMENTO DA SILVA MATRICULA: 54871430 Mai/2019 R APULEU VIEIRA, N. 00113 - VARZEA RECIFE PE 50810-370 INSCRIÇÃO: 340.419.440.0366.000 GRUPO: 15 DEB. AUTOMATICO: 054871430					
SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA		
HIDRÔMETRO A175611159	DATA LEIT ANTERIOR 10/05/2019	DATA LEIT ATUAL 10/06/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL		
AGUA: LEIT ANT: 167 CONSUMO: 22 LEIT ATU: 189 LEIT FAT: 189					
HISTORICO DE CONSUMO REFERENCIA CONSUMO		NUMERO DE AMOSTRAS			
		PARAMETROS	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
04/2019	15	TURBIDEZ	139	133	132
03/2019	13	COR APARENTE	139	133	125
02/2019	17	CORO RESIDUAL	139	133	133
01/2019	16	COLIF. TOTAIS	139	133	130
12/2018	19	E. COLI	139	133	133
11/2018	19				
MEDIA: 17		Qualidade de Agua: www.compesa.com.br			
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA AGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA AGUA					
DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)		
AGUA					
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)					
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE		10 M3	41,30		
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3		10 M3	47,40		
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3		2 M3	11,26		
MULTA P/IMPONTUALIDADE 04/2019			1,32		
DOACAO AO PRO-CRIANCA 05/2019			1,00		
Tributos					
BASE DE CALCULO PERCENTUAL (%) VALOR DO IMPOSTO					

IMPRIMIR EM: 10/06/2019 11:07:10

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 Arthur V. Costa Neto inscrito (a) no CPF 817.008.064 - 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Wilson Batista Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.245.644-85 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidadez da Vítima Wilson Batista Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 024.245.644-85, 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 Apuleu Vieira</u>		Número <u>113</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Várzea</u>	Cidade <u>Recife</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>50810-370</u>
Email _____	Telefone comercial(DDD) _____		Telefone celular (DDD) <u>(81) 987169468</u>

Recife de _____ de 2019
Local e Data

Arthur V. Costa Neto
Assinatura do Declarante

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 024.245.644-85 4 - Nome completo da vítima: Wilson Batista 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: Wilson Batista Lima 6 - CPF: 024.245.644-85
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: Av. Prof. Arthur de Sá 9 - Número: 77 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cidade Universitária 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50740-535
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 984169468

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS 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: 0678 CONTA: 0004682 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 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

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 (vel nascor)? ☐ 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 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.

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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 024.245.644-85 4 - Nome completo da vítima: Wilson Batista 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: Wilson Batista Lima 6 - CPF: 024.245.644-85
7 - Profissão: Desempregado 8 - Endereço: Av. Prof. Arthur de Sá 9 - Número: 77 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: Cidade Universitária 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50740-535
15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): 81 984169468

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS 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: 0678 CONTA: 0004682 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 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

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 (vel nascor)? ☐ 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 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.

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: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife Setembro de 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CAIXA

POUPANÇA



689 0010 45433 15

WILSON BATISTA LINS

MasterCard

06/78 013 00014682-9 05/21

débito

55 6184

0374500/19



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA -
DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0118006889

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/07/2019** às
13:14

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **12/7/2019** às **23:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE JARDIM PAULISTA (BAIRRO), 1,
PRÓXIMO AO NÚCLEO DA PM - Bairro: JARDIM PAULISTA -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRAZIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
WILSON BATISTA LINS (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): WILSON BATISTA LINS

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

**WILSON BATISTA LINS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSALIA
ANA BATISTA BRITO Data de Nascimento: 22/8/1976 Naturalidade: NÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 4884211/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A)
Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: VIGILANTE Telefones Celulares:
- 988577715**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MARANGUAPE I (BAIRRO), 1, RUA 81 QUADRA 58
BLOCO 05 AP. 308 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - I -
PAULISTA/PERNAMBUCO/BRAZIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): WILSON BATISTA LINS, que
estava em posse do(a) Sr(a): WILSON BATISTA LINS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XRE300 Objeto apreendido: Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCP1934** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018**

Complemento / Observação

RELATA QUE CONDUZIA SUA MOTO COM DESTINO A SUA CASA, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DO NÚCLEO DA PM EM JARDIM PAULISTA PERDEU O CONTROLE DA DIREÇÃO E BATEU EM UM VEÍCULO MARCA GOL. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA POR POPULARES PARA A UPA DE JARDIM PAULISTA E DEPOIS REMOVIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES. PELO EXPOSTO PEDE PROVIDÊNCIAS.

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

WILSON BATISTA LINS
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **EDMÁRIO MARQUES DE MENEZES** - Matrícula: **3848841**

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605684

Vítima: WILSON BATISTA LINS

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WILSON BATISTA LINS

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\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

Recebedor: WILSON BATISTA LINS

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 104

Agência: 000000678

Conta: 0000014682-9

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



Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190605684

Vítima: WILSON BATISTA LINS

Data do Acidente: 12/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WILSON BATISTA LINS

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

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: 05/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WILSON BATISTA LINS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00678

CONTA: 000000014682-9

Nr. da Autenticação 2C92469901FEE049

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0374500/19

Vítima: WILSON BATISTA LINS

CPF: 024.245.644-85

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 12/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILSON BATISTA LINS

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

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO : 817.008.064-91

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

WILSON BATISTA LINS : 024.245.644-85

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: 25/10/2019
Nome: ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO
CPF: 817.008.064-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/10/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

1 **OUTORGANTE** Wilson Batista Lins

Portador (a) do documento de identidade n. 4.984.211, expedido por SSDE-PE, em
14/09/08 inscrito no CPF sob o n. 024.245.644-85, residente na
AV. Prof. Artur de S. n. 77
complemento Casa, Barrio Cid. Unimil cidade Recife, Estado PE

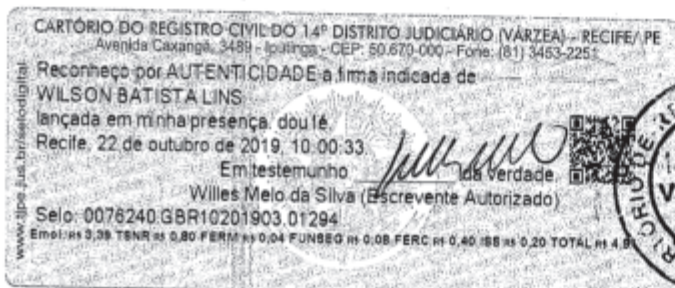
2 **OUTORGADO** ARTUR VALERIANO DA COSTA NETO

Portador (a) do documento de identidade n. 4416464, expedido por SSP-PE, em
10 / 05 / 2013 inscrito no CPF sob o n. 81700806491, residente na
RUA APULEU VIEIRA n. 113 complemento CASA, Barrio VARZIA
cidade RECIFE, Estado PE.

Nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado a cima qualificado, a quem
confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS
CONSÓRCIOS DO SEGURO - DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de
encaminhar o pedido de indenização referente ao processo de **INVALIDEZ**
PERMANENTE, ao seguro obrigatório- DPVAT, data do acidente 12/07/2019

Recife 22 de outubro de 2019

OUTORGANTE Wilson Batista Lins



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190605684 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON BATISTA LINS **Data do acidente:** 12/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LESÃO CORTO-CONTUSA EM ANTEBRAÇO DIREITO.
LESÃO DOS TENDÕES EXTENSORES LONGOS DE 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - LIMPEZA + DEBRIDAMENTO + TENORRAFIA. ALTA.
P 2/3/4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 2º E 3º DEDO DA MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 2º E 3º DEDO DA MÃO
DIREITA.

**Documentos
complementares:**

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014483890960
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD-RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
 1 1144383973 ***** 2019

NOME

WILSON BATISTA LINS

RECIFE-PE

0

CPF / CNPJ

PLACA

024.245.644-85

PCP1934

PLACA ANT. / UF

CHASSI

***** / PE

9C2ND1110JR102090

ESPÉCIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PA3 / MOTOCICLETA

ALCO / GASOL

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA / XRE 300

2018

2018

CAP. POT. / CIL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

20/201CL

PARTIC

PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

I P IVA 2019 QUITADO

1*

V FAIXA / PVA

PARCELAMENTO / COTAS

2*

A 1

3*

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

84.26

0.32

84.58

22/01/19

OBSERVAÇÕES

AL. CPID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

LOCA

DATA

RECIFE

22/01/19

Marcelo Bruto da Costa Correia

EXTERIOR

Dirutor Presidente em Exercício DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014483890960 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

WILSON BATISTA LINS

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

RECIFE-PE

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2019

22/01/19

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

024.245.644-85

PCP1934

RENAVAM

MARCA / MODELO

1144383973

HONDA / XRE 300

ANO FAB.

COT. TARE

Nº CHASSI

2018

03

9C2ND1110JR102090

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

84.26

0.32

84.58

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
 ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.

