

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554581 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAILTON SILVA RALF **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.
P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554581

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAILTON SILVA RALF

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, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554581

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAILTON SILVA RALF

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\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **DAILTON SILVA RALF**

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

Banco: **237**

Agência: **000002080-P**

Conta: **00000508562-4**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **041.734.244-69** Nome completo da vítima: **DAILTON SILVA RALF**

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

Nome completo: **DAILTON SILVA RALF** Profissão: **VIGILANTE** Endereço: **AV. ANANIAS LACERDA DE ANDRA** Bairro: **CAETES VELHO** Cidade: **ABREU E LIMA** Estado: **PE** CEP: **041.734.244-69** Número: **416** Complemento: **CASA** E-mail: **gabrielnosp@hotmail.com** Tel. (DDD): **(81) 98721-5854** Tel. (DDD): **(81) 3538-0069**

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

RENDAS CADASTRAIS

RENDAS CADASTRAIS:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: **2080** CONTA: **0508562** **4**

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 1544
Recife - PE
CNPJ nº 02.011.040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: **Abreu e Lima/PE 25/03/2019**
Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a ROGO
Dailton Silva Ralf
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

15/03/2019

Boletim de Ocorrência

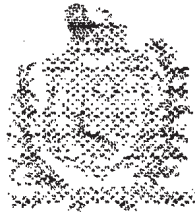


POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ABREU E LIMA

27ª CIRCUNSCRIÇÃO

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC



513593

0108749/19

550027

0334785/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0117000760

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2019 às 11:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados), que aconteceu no dia 3/3/2019 às 13:00

Fato ocorrido no endereço: **RUA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 01** - Bairro: **PLANALTO** - **ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

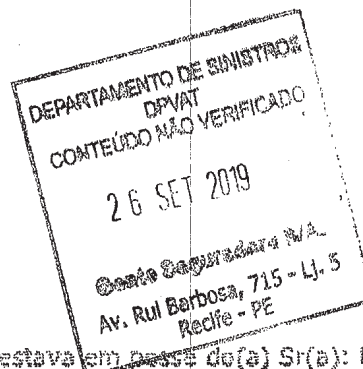
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR AGENTE)
DAILTON SILVA RALF (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DAILTON SILVA RALF**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**



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

DAILTON SILVA RALF (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA** Pai: **DILTON CORREIA RALF** Data de Nascimento: **19/8/1981** Naturalidade: **CAMPO FORMOSO / BAHIA / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - CEP: 0 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO I (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEICULO II (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DAILTON SILVA RALF**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DAILTON SILVA RALF**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJY2760 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

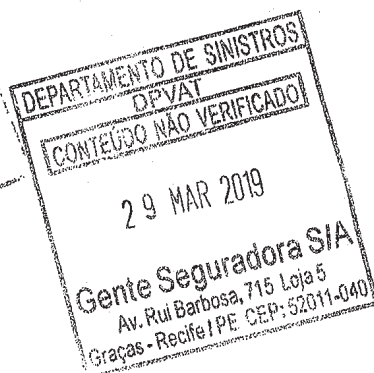
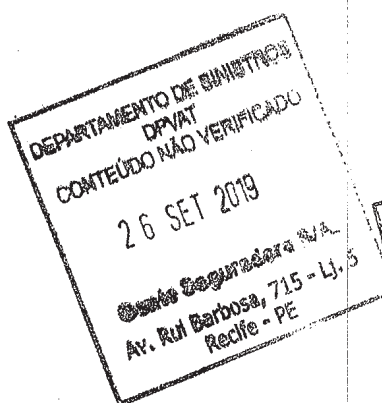
DECLARA O SRº DAILTON QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NA RUA ANANIAS LACERDA QUANDO UM VEICULO GOL GUIADO POR UMA PESSOA NÃO IDENTIFICADA BATEU NELE O DERRUBANDO E FUGINDO SEM PRESTAR SOCORRO SENDO ELE SOCORRIDO POR POPULARES, DIANTE EXPOSTO REGISTRA ESTE B.O.

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

Dailton Silva Ralf
DAILTON SILVA RALF
(VITIMA)

Aldeir Demétrio Amorim da Silva

B.O. registrado por: ALDEMIR DEMETRIO AMORIM DA SILVA - Matrícula: 296.967-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **041.734.244-69** Nome completo da vítima: **DAILTON SILVA RALF**

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

Nome completo: **DAILTON SILVA RALF** Profissão: **VIGILANTE** Endereço: **AV. ANANIAS LACERDA DE ANDRA** Bairro: **CAETES VELHO** Cidade: **ABREU E LIMA** Estado: **PE** CEP: **041.734.244-69** Número: **416** Complemento: **CASA** E-mail: **galbrios@hotmail.com** Tel. (DDD): **(81) 98721-5854** Tel. (DDD): **(81) 3538-0069**

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

RENDAS CADASTRAIS

RENDAS CADASTRAIS:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: **2080** CONTA: **0508562**

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

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

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

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

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 1544 - PE
CNPJ nº 02.011.040

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado: _____ Local e Data: **Abreu e Lima/PE 25/03/2019**
Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a ROGO
Dailton Silva Ralf
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAILTON SILVA RALF

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-P

CONTA: 000000508562-4

Nr. Autenticação

BRDESCO0910201905000000000023702080000000508562168750 PAGO



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



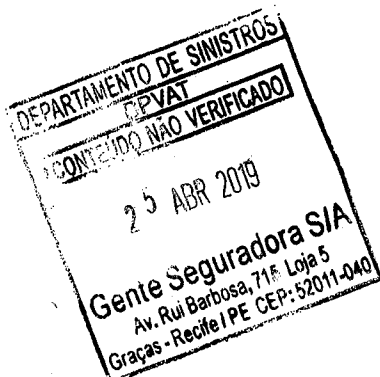
Olinda 11 de Março de 2019

DECLARAÇÃO

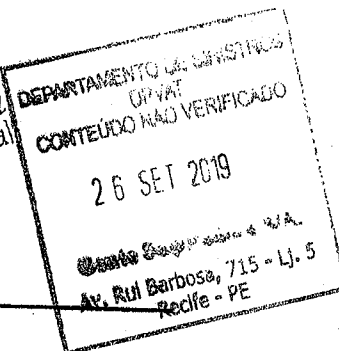
0108749/19

Declaramos que na ficha do atendimento nº1430114, onde se lê o nome do paciente DAILTON SILVA RALFE, **leia-se DAILTON SILVA RALF**. Informamos que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação posterior do CNH: 03340022350.

Atenciosamente,



UPA - OLINDA
Mifena Moura
Coordenadora Geral



FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES
IMIP HOSPITALAR

PA 24 HORAS - OLINDA

Formulário de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora registrada da senha: 03/03/2019 15:34

Nome Paciente: DAILTON SILVA RALFE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0190
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/03/2019 15:45 - 03/03/2019 15:46

MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Idade:

Sexo:

VERDE

Queixa Principal:

DOR EM OMBRO ESQUERDO. RELATO COLISAO MOTO-CARO

Observação:

ALERGIA -

Histórico sintoma:

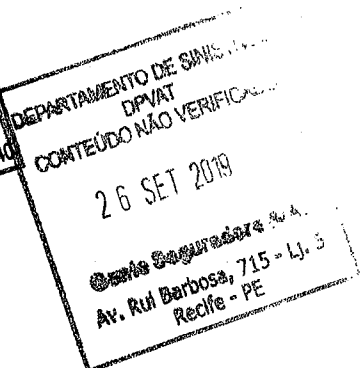
TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/03/2019 15:46

Atendimento: **1430114**

Senha da Classificação:

0190

Data e Hora: **03/03/2019 15:49**

Paciente: **503599 DAILTON SILVA RALFE**

Sexo: **MASCULINO**

Nome Social:

Data do Nascimento: **19/05/1981** Idade: **37 anos** Convenio: **2** SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA**

Nome do Pai:

Estado Civil: **SOLTEIRO**

Nome do Médico: **ORTOPEDISTA - PLANTONISTA**

CRM: **1234567**

Endereço: **RUA ANANIAS LACERDA DE A --**

416

Bairro: **JARDIM CAETES**

Cidade/UF: **ABREU E LIMA**

PE

Cep: **53560540**

Usuário Atendimento: **ALESSANDRACS**

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: **86539344**

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

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

Queixa Principal

Colar no joelho e dor no joelho e dor no tornozelo
após a cirurgia de 15 dias atrás

Exame Físico

do joelho e tornozelo e dor no joelho e dor no tornozelo

Hipótese Diagnóstico

Fratura do joelho e dor no joelho e dor no tornozelo

Conduta Terapêutica

solução

Prescrição Médica

TIPO 8

Clonazepam 1mg 1x ao dia 5 dias

Dexa 1mg 1x ao dia 5 dias

Paracetamol 500mg 1x ao dia 5 dias

Clonazepam 1mg 1x ao dia 5 dias

Paracetamol 500mg 1x ao dia 5 dias

Clonazepam 1mg 1x ao dia 5 dias

Paracetamol 500mg 1x ao dia 5 dias

Clonazepam 1mg 1x ao dia 5 dias

Paracetamol 500mg 1x ao dia 5 dias

Clonazepam 1mg 1x ao dia 5 dias

Paracetamol 500mg 1x ao dia 5 dias

Clonazepam 1mg 1x ao dia 5 dias

Paracetamol 500mg 1x ao dia 5 dias

Clonazepam 1mg 1x ao dia 5 dias

Paracetamol 500mg 1x ao dia 5 dias

Clonazepam 1mg 1x ao dia 5 dias

Paracetamol 500mg 1x ao dia 5 dias

Clonazepam 1mg 1x ao dia 5 dias

Paracetamol 500mg 1x ao dia 5 dias

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

416

Senha:

18011087
CRM-PE 23136
Ortopedia/Traumatologia
Sérgio Philip
Carimbo/Médico



1430114

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL2

DATA DE POSTAGEM: 01/03/2019

DAILTON SILVA RALF
AV ANANIAS LACERDA DE ANDRA, 416
CAETES VELHO
53550-540 ABREU E LIMA PE



7211307021288323205621818830010319

282.72

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Grças - Recife / PE CEP: 52011-040

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

DADOS DO CLIENTE
 ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667 Nº 91281633
 R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
 INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A17S224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/01/2019	DATA LEIT. ATUAL 28/02/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO
 ESTADUAL Nº 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE
 QUE, CASO OS DÉBITOS NÃO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A
 SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS
 DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU IMÓVEL PARA APRESENTAÇÃO
 AOS NOSSOS FUNCIONÁRIOS. PAGUE EM DIA SUAS CONTAS, EVITE O
 CORTE E A NEGATIVAÇÃO DO SEU NOME NO SPC SERASA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

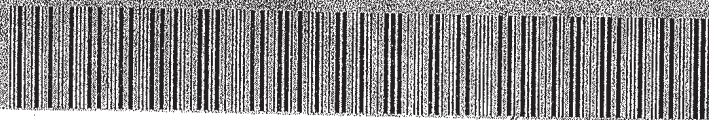
REFERÊNCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
01/2019	15/02/2019	105,07

EMISSION: 22/02/2019

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS COFINS			

VENCIMENTO: TOTAL A PAGAR: 105,07

0235000001-9 05070018165-9 10366866709-6 12816331215-6



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 26 SET 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-000

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para maiores esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoradora.com.br> ou ligue para SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no **CPF/CNPJ 884.647.684-00**,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **DAIDTON SILVA RALF.**
inscrito (a) no CPF sob o Nº **041.734.244-69**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
DAIDTON SILVA RALF., inscrito (a) no CPF sob o Nº **041.734.244-69**
_____, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____

e apresento os documentos comprobatórios

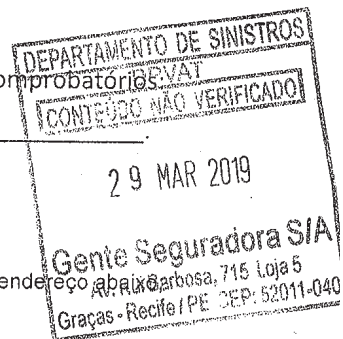
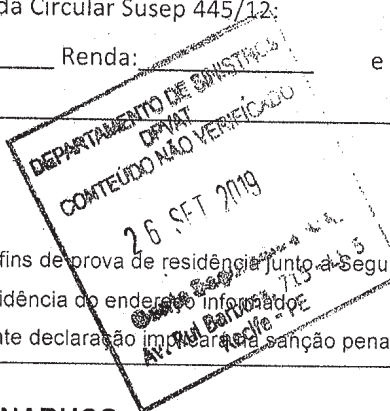
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implica na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

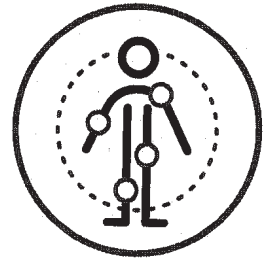
Abreu e Lima / **25** de **Março** de **2019**

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente DAILTON SILVA RALF

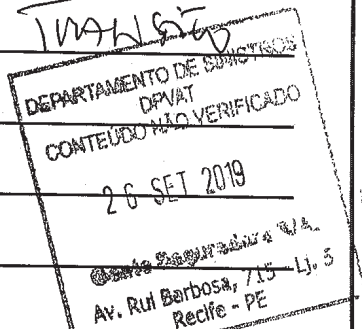
Data de nascimento 19/05/1981 RG 5425833 SSP CPF

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 03/03/2019

Nº do B.O. 19E0117000760

Resumo clínico PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÁNSITO
SOFRA FORTI TUBERA NO COTULHO (L)



Diagnóstico FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Tratamento CURETA - OSTEOSINTESE C/ Placa + 06 FIOS

Sequelas 1. DEFORMAÇÃO ANATÔMICA

2. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO
DO COTULHO (L)

Data da alta ambulatorial definitiva 16/09/19

Abreu e Lima, 16 de Setembro de 2019

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8594
CPF 172.876.334-04
NÃO AUTORIZO A TROCA

Médico (CRM)

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 202427

Nascimento: 19/05/1981

Responsável:

Prontuário: 764571

Sexo: Masculino

Nome: DAILTON SILVA RALF

Data e Hora do Atendimento: 04/03/19 09:34:45

Idade: 37 Anos, 9 Meses e 13 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 04173424469

Identidade: 5425833

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Nome do Pai: DILTON CORREIA RALF

Endereço: AVENIDA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, JARDIM CAETES, CEP: 53560030, Nº 416, ABREU E LIMA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID: S420

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

ACIDENTE COM FX DE CLAVICULA ESQ. ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA. REFERE ACIDENTE DE MOTO.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEG

EXAME FÍSICO GERAL:

EGB, EUPNEICO, AFEBRIL, CORADO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

ND

ABDOMEN:

NDN

- GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

IPOTHESE DIAGNOSTICA:

FX DE CLAVICULA ESQ.

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Ailton Araújo
Médico
CRM-PE 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

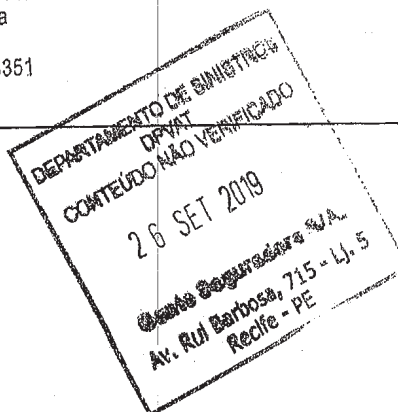
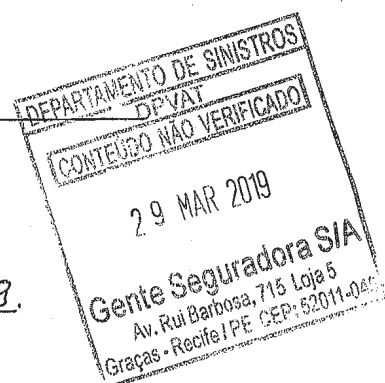
00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Dailton Silva RalfREGISTRO: 764571 DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1981RG: 5425833 ORGÃO EMISSOR: SSP/PEENDEREÇO: Av. Amâncio Lacerda de Andrade nº 416
Caetés Velho Alceu e LimaNOME DA MÃE: Maria do Socorro da SilvaDATA ADMISSÃO: 04/03/2019 DATA ALTA: 08/03/2019DATA DO PROCEDIMENTO: 07/03/2019 CID: 542.0DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavícula EsquerdaTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Clavícula Esquerda +
Tratamento de Retração Muscular +
Neurolise + OsteotomiaMÉDICO: Oswaldo Jose macedoCREMEPE: 36658JABOATÃO DOS GURARAPES, 21 DE março DE 2019.

DR. OSVALDO GIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Clr. Ombro / Cotovelo
CRM-PE 16.649 / MEOT: 13351

MÉDICO





Nome do paciente: Walcilene Silva Ratz			
Clínica: Ortopedia		Enfermaria: 15	Leito: 03
Nº prontuário: 202427		Nº AIH:	
Diagnóstico inicial (constante no laudo médico): Fratura de clavícula enf			CID: S420
Procedimento solicitado: Fratura múltipla			Código: 015010012
Tempo de permanência previsto:			
Procedimento realizado: Fratura clavícula enf + Osteotomia + Ret.			
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº + Data
01	Cirurgião		
02	1. Auxílio cirúrgico	Dr. Osvaldo Coimbra	
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesiistas	Dr. Mirella Farias	
07	Clínico		
08	Clínico		
Procedimentos especiais ☐ Mudança de procedimento ☐ Diária de UTI ☐ Diária de acompanhante ☐ Vacina Anti-Rh ☐ ☒ Uso de prótese órtese ☐ Uso de fatores de coagulação ☐ Uso de oxigenadores ☐ Nutrição parenteral ☐			
Resumo do caso PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO A AMBULATORIO C/ ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.			
Diagnóstico principal: Fratura clavícula enf			CID: S420
Diagnóstico secundário: Osteotomia + Retração muscular + Neurolia			CID:
Motivo da alta: Alta com retorno			
Internação: 04/03/19		Alta: 08/03/19	Dias de hospitalização:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife/PE CEP: 53011-040

Secretaria de Saúde - PIGPE
Dona Genilda do Carmo e Silva
Maria Cecília Mac Donnell Dourado
Médica Auditora SUS - CRM: 5922
CPF: 236.725.884-49

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019
Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5
Graças - PE

Manoel Ferreira Wagner
Médico
CRM-PE: 27836

STTC

Laudo para solicitação de autorização de internação

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: DAILTON SILVA RALF

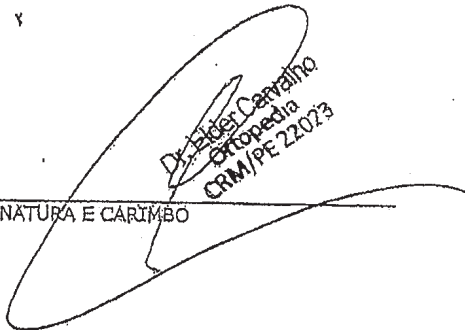
PRONTUÁRIO: 764571

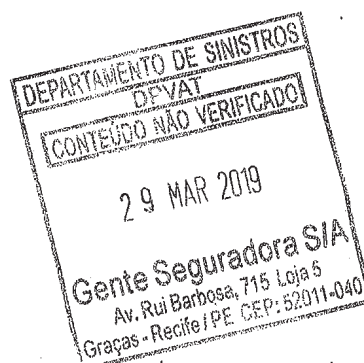
SOLICITO:

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA AP E ZANCA

DR(a): OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

ASSINATURA E CARIMBO


Dr. Osvaldo Jose Macedo Coimbra Junior
Ortopedia
CRM/PE 22023



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: DAILTON SILVA RALF

Prontuário: 764571

Atendimento: 202427

Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 37 Anos, 9 Meses e 16 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEURÓLISE (040302007-7) + OSTEOTOMIA CLAVÍCULA ESQ (040801011-8) + TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA (040801015-0) + TRATAMENTO DE RETRAÇÃO MUSCULAR (040806067-0)

Data: 07/03/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

05. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASEPSIA E ANTISSEPسيا
APOSICÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
NEURÓLISE DE NERVOS SUPRA-CLAVICULARES
LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE
OSTEOTOMIA DE BORDAS DA CLAVÍCULA PARA ALINHAMENTO E REDUÇÃO
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE 16.668 / TEOT: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	ONES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO	ONES	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente		Nº Prontuário	
DAILTON SILVA RALF		764571	
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor
	19/05/1981	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2	03 - Parda
Nome da Mãe		Etnia	
MARIA DO SOCORRO DA SILVA		0000 - Não Se Aplica	
Nome Responsável		Telefone de contato	
MARIA DO SOCORRO DA SILVA			
Endereço (Rua, Nº, Bairro)			
AVENIDA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - JARDIM CAETES			
Município	IBGE	UF	CEP
ABREU E LIMA	260005	PE	53560030

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE COM FX DE CLAVICULA ESQ. ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA - REFERE ACIDENTE DE MOTO.			
Condições que justificam a internação			
CIRURGICO			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
FX DE CLAVICULA ESQ.			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado		Código do Procedimento	
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS		0415010012	
Clínica	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	() CNS () OPF	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente	Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)	
	04/03/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
() Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	OBO
() Acidente Trabalho Trajeto			

Vínculo com a Previdência					
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizador		Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização da Internação Hospitalar (A/H)
MARIA CECILIA MAC DOWELL			
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
(X) CNS () CPF	201533356580007		
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)		

SECRETARIA DE SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019
Genes Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2019
Genes Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1020453510

NOME
 DAILTON SILVA RALF

DOC. IDENTIDADE / RG EMISSOR / UF
 5425833-8RR-PE

CPF
 041.734.244-69

DATA NASCIMENTO
 19/05/1961

FILIAÇÃO
 DILTON CORREIA RALF
 MARIA DO SOCORRO DA SILVA

PERMISSÃO
 AD

Nº REGISTRO
 03340022350

VALIDADE
 08/12/2019

HABILITAÇÃO
 27/07/2004

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV. REMUNERADA

ASSINATURA DO TITULAR
Dailton Silva Ralf

LOCAL
 RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
 02/03/2015

ASSINATURA DO EMISOR
[Assinatura]

DETRAN-PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDA PLASTIFICAÇÃO
 1020453510

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DECVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 26 SET 2019
 Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
 Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DECVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

DOC. IDENT. DE ARS. EM SEÇÃO 1.1
7742986 RSE PE

LOCALIDADE: PAULISTA - PE DATA NASCIMENTO: 07/04/1973

TIPO DO VEÍCULO: 00

REBASTIÃO RADIR DANTAS

INACIA FERNANDES DANTAS

PERMISSÃO: 00

Nº REGISTRO: 02399567347

VALIDADE: 23/03/2024

RENOVAÇÃO: 23/06/2002

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL: PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO: 26/03/2016

ASSINATURA DO EMISOR

50089545185
02071172680

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1222242405

PROIBIDO PLASTIFICAR 1222242405

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja E
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja E
Graças - Recife | PE CEP: 52011-000

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334785/19

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

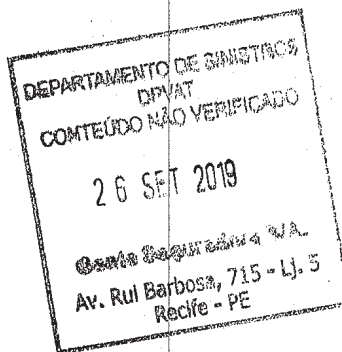
Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

DAILTON SILVA RALF : 041.734.244-69

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: 26/09/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

DECLARAÇÃO

Eu, DAILTON SILVA RALF

RG 5.425.833, CPF 041.734.244-69

declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 03/03/2019 fui socorrido por POPULARES

e levado ao Hospital UPA DE OLINDA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC – 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

“Comunicação falsa de crime ou de contravenção

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa”.

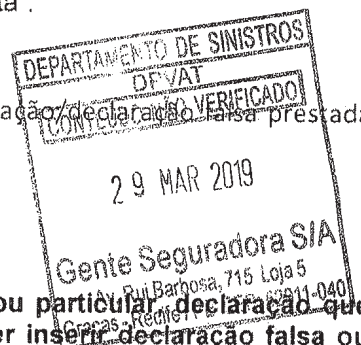
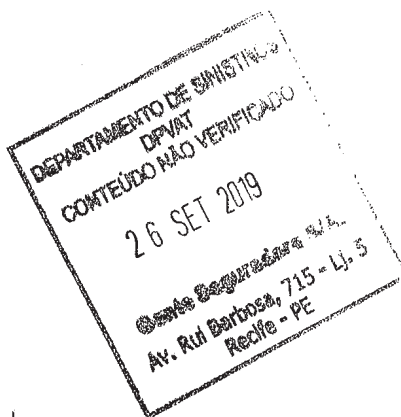
Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação declarada falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.



Local: _____ UF _____ Data ____/____/____

Dailton Silva Ralf
Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554581 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAILTON SILVA RALF **Data do acidente:** 03/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.
P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

**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
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: DAILTON SILVA RALF

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO Profissão: VIGILANTE

Identidade: 5.425.833-SSP/PE CPF: 041.734.244-69

Endereço: AVENIDA ANANIAS LACERDA DE ANDRA, nº 416,
CAETES VELHO, ABREU E LIMA-PE, CEP: 53.550-540

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 03/03/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cartório
Alfredo Mariano

26 MARÇO 2019
Local e data

Dailton Silva Ralf
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-040

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
BEL ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelião / Rua Cel. Urbano Ribeiro de Sena, Nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep. 53.525-560 - Fones: (81) 3542-1381/3541-0572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

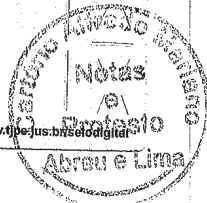


Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de DAILTON SILVA RALF. Abreu e Lima/PE, 26/03/2019 15:09:51 em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99 TSNR: R\$ 0,80 Total: 4,79 RC-3-73491

Dyogo Monteiro Valadares Pires - Escrevente

Selo Digital: 0150607.MJJ03201901.02030

consulte autenticidade em www.tpejus.br/selo-digital



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334785/19

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

DAILTON SILVA RALF : 041.734.244-69

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: 26/09/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA