
Rio de Janeiro, 14 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200075091

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do Acidente: 24/11/2019

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, 27 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200075091

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do Acidente: 24/11/2019

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\$ 843,75 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
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: DAILTON SILVA RALF

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000002080-0

Conta: 000000508562-4

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





377930

0060784/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUÇAS - DP33ªCIRC
DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0123000020**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/01/2020** às **15:55**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/11/2019** às **14:30**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUCAS (BAIRRO), 1 - Bairro: CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CEMITÉRIO VALE DA SAUDE**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR/AGENTE)
DAILTON SILVA RALF (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DAILTON SILVA RALF (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA** Pai: **DILTON CORREIA RALF** Data de Nascimento: **19/5/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5425833/SSP/PE (RG), 04173424469 (CPF), 03340022350 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **VIGILANTE** Telefones Celulares: **- 86539344**

Endereço Residencial: **TRAVESSA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - CEP: 0 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

VEICULO MOTOCICLETA (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/XR 200R** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KJY2790** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

VEICULO VW KOMBI (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/VW/KOMBI** Objeto apreendido: **NÃO**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA O SENHOR DAILTON, QUE VINHA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NATURALMENTE QUANDO FOI SUPREENDIDO POR UM VEICULO KOMBI QUE APARECEU DE REPENTE EM SUA FRENTE FAZENDO COM QUE O MESMO DESVIARSE DA SUA ROTA E NESSA TENTATIVA PERDEU O CONTROLE DA MESMA VINDO A CAIR AO SOLO JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA, SENDO SOCORRIDO POR PESSOA CONHECIDA PARA UPA DE CRUZ DE REBOUÇAS, IGARASSÚ-PE, PELO EXPOSTO VEIO A ESTA DELEGACIA COMUNICAR O FATO

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

Dailton Silva Ralf

DAILTON SILVA RALF
(VITIMA)

B.O. registrado por: **JAIR GOMES DA SILVA** - Matrícula: **3811751**



UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/11/2019 08:21

| | |
|---------------------|-------------------|
| Nome Paciente: | DALTON SILVA RALF |
| Cód. Paciente: | |
| Data de Nascimento: | 19/05/1981 |
| Sexo: | Masculino |
| Idade: | 38 anos |
| Senha: | 0056 |
| Convênio: | |
| Atendimento: | |
| SAME: | |

Período: 25/11/2019 08:44 - 25/11/2019 08:45

MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

Cor:

VERDE

Queixa Principal:

DOR NO MSE APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação:

DM-
HAS-
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 77.00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG

Acolhido(a) por: MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/11/2019 08:45

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:

20/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAILTON SILVA RALF

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-0

CONTA: 000000508562-4

Nr. Autenticação

BRADESCO200220200500000000002370208000000050856284375 PAGO

CAIXA

Vida de Qualidade. Seus LImites sem Fim.



CÓDIGO RECEPTE PEI XL DATA DE Postagem: (15/03/2015)

DAILTON SILVA RALF
AV ANANIAS LACERDA DE ANDRA, 418
CAETES VELHO
53550-540 ABREU E LIMA-PE



721131702426833320X121045510010819

28272

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29638>

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 **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** Inscrito (a) no CPF/CNPJ **884.547.684-00**,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **DAILTON SILVA ROSE**,
inscrito (a) no CPF sob o nº **041.734.244-69** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
DAILTON SILVA ROSE 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, anexando a cópia do comprovante de residência no endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará 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 |

Assinatura e Limpeza 11 de Fevereiro de 2020
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo de Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 25/11/2019 08:21

| | |
|----------------------------|--------------------|
| Nome Paciente: | DAILTON SILVA RALF |
| Cód. Paciente: | |
| Data de Nascimento: | 19/05/1981 |
| Sexo: | Masculino |
| Idade: | 38 anos |
| Senha: | 0056 |
| Convênio: | |
| Atendimento: | |
| SAME: | |

Período: 25/11/2019 08:44 - 25/11/2019 08:45

MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **URGENTE/VERDE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: DOR NO MSE APOS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação: DM-
HAS-
ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 77.00 BPM
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MMHG
- P.A. SISTOLICA: 160.00 MMHG

Acolhido(a) por: MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 25/11/2019 08:46

UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA IGARASSU - IGARASSU

CENTRO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 1157948

Senha de Classificação:

Data e Hora: 25/11/2019 08:53

Paciente: 23705 DAILTON SILVA RALF

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Cor: Parda

Escolaridade: MEDIO (2º GRAU) COMPLETO

Data do Nascimento: 19/05/1981 Idade: 38 anos

Convênio: 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: CENTRO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

Cep: 53560970

Usuário Atendimento: CECILIAMRS

RG (Identidade): 5425833

SSP/PE

Data de Emissão:

CNS: 704302525914192

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 86538344

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmHg

DATA: 25.11.19

HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORARIO

Médico / Crenelepe:

ENCAMINHADO:

(X) Ambulatório

() Sala Verde

() Sala Amarela

() Sala Vermelha

Médico / Crenelepe:

MARILIA LIMA GOMES
ORTOPEDISTA
CRMPE 22600

EVOLUÇÃO CLÍNICA (pareceres, resultado de exames, etc.)

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/GRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada

☒ Com Atestado

☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA

LOCAL: _____

SENHA: _____

☐ ÓBITO

Data: ____/____/____

MARILIA LIMA GOMES
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CRMPE 23540

Médico / Cremeps:

☐ ATESTADO DE ÓBITO

☐ SVO

☐ IMI

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 18 ANOS

Responsabilizo-me pela recusa do tratamento médico proposto e saída deste serviço de saúde, assim como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que desta ato possam advir.

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

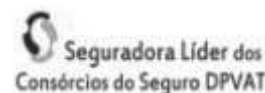
GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060784/20

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 24/11/2019

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: 13/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200075091 **Cidade:** Igarassu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DAILTON SILVA RALF **Data do acidente:** 24/11/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/02/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.2
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO PUNHO 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 LEVE DO PUNHO 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 punhos | 25 % | Em grau leve - 25 % | 6,25% | R\$ 843,75 |
| Total | | | 6,25 % | R\$ 843,75 |

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060784/20

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 24/11/2019

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: 13/02/2020
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/02/2020
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino