



Número: **0013877-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DAILTON SILVA RALF (AUTOR)	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66280 615	13/08/2020 16:00	<u>ANEXO 1</u>	Outros (Documento)

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Carta nº 148334574

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno 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: Nome completo da vítima:

041.734.244-69

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: COETÉS VELHO Cidade: ABREU E LIMA

E-mail: Daltonrj98@gmail.com (81)987215834

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO: 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: 2080 CONTA: 05085624
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2080 CONTA: 05085624
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2019

Bradesco Seguradora S/A
 Gray

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação 5 permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: 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 aqueles 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: Dalton Silva Ralf
 CPF: 041.734.244-69

TESTEMUNHASTE DE DPVAT
 1º | Nome: _____
 CPF: _____
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 2º | Nome: _____
 CPF: _____
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 Assinatura

Assinatura de quem assina o ROGO

Dalton Silva Ralf
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31

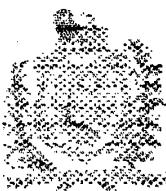
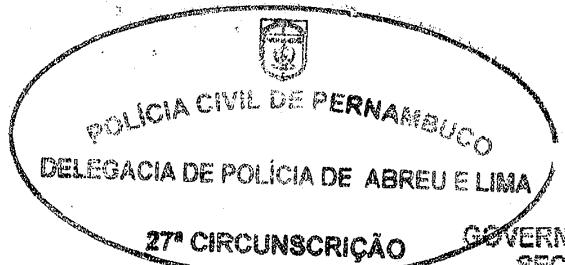
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003122300000065027463>

Número do documento: 20081316003122300000065027463

Num. 66280615 - Pág. 4

15/03/2019

Boletim de Ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27/CIRC DIM/S/DESEC

513593
0108749/19
550027
0334785/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0117000760

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) 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 PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(a) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR) AGENTE
DAILTON SILVA RALF (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DAILETON SILVA RALF
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

DAILETON SILVA RALF (presente ao plantão) - Sexo: Masculino/Não: MARIA DO SOCORRO DA SILVA Pat: DAILETON CORRÊA RALF Data de Nascimento: 18/5/1981 Naturalidade: CAMPO FORTINHO / BAHIA / BRASIL
Endereço Residencial: RUA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - CEP: 0 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEÍCULO I (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/VW/001. Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

VEÍCULO II (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DAILETON SILVA RALF, que estava em posse do(a) Sr(a): DAILETON SILVA RALF

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Hab: KJY2798 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Jssrs/Policia civil/infpol/xml/BOEPrelim.htm



Complemento / Observação

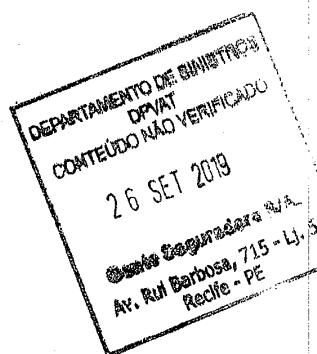
DECLARA O SR° DAILTON QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NA RUA ANANIAS LACERDA QUANDO UM VÉCULO GOL GUADO POR UMA PESSOA NÃO IDENTIFICADA BATEU NELE O DERRUBANDO E FUGINDO SEM PRESTAR SOCORRO SENDO ELE SOCORRIDO POR POPULARES, DIANTE EXPOSTO REGISTRA ESTE B.O.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) esta unidade policial

Dailton Silva Ralf
DAILTON SILVA RALF
(VITIMA)

ALDEMIR DEMETRIO AMORIM DA SILVA

B.O. registrado por: ALDEMIR DEMETRIO AMORIM DA SILVA - Matrícula: 295.957-0





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 CPF: 041.734.244-69

Profissão: VIGILANTE Endereço: AV. ANANIAS LACERDA DE ANDRA Número: 416 Complemento: CASA

Bairro: COETÉS VELHO Cidade: ABREU E LIMA Estado: PE CEP: 53.550-540

E-mail: Daltonrj98@gmail.com (81)987215834 Tel.(DDD): (81)3538-0069

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> 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:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

DESPACHO DA SEGURO LÍDER

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2019

Bradesco Seguradora S/A

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Gray

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: Vivos: Falecidos: 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 aqueles 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: Dalton Silva Ralf
CPF:

TESTEMUNHADO DE S/PE
1º | Nome: _____
CPF: _____
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

Assinatura de quem assina o ROGO

Dalton Silva Ralf
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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.

FPS.001 V001/2018



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31

<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003122300000065027463>

Número do documento: 20081316003122300000065027463

Num. 66280615 - Pág. 7

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

BRADESCO09102019050000000002370208000000508562168750 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003122300000065027463>

Número do documento: 20081316003122300000065027463

Num. 66280615 - Pág. 8



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,



FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES
IMIP HOSPITALAR

RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE.
FONE: 3184-4303



PA 24 HORAS - OLINDANúmero da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora retirada da senha: 03/03/2019 15:34**PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP**

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

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

Localidade:

Cor: VERDE

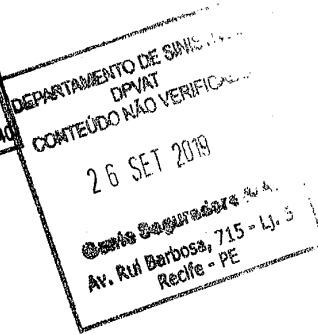
Doença Principal: DOR EM OMBRO ESQUERDO. RELATO COLISAO MOTO-CARO

Observação: ALERGIA -

Exame/ograma/síntoma: TRAUMA

Exclamador(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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003122300000065027463>
Número do documento: 20081316003122300000065027463

Num. 66280615 - Pág. 10

CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RECIFE PE PL2 DATA DE POSTAGEM: 01/03/201

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

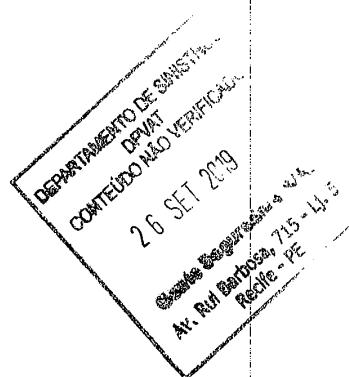


7211307021288323205621818830010319

8650462

504163

982.72



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2008131600312230000065027463>
Número do documento: 2008131600312230000065027463

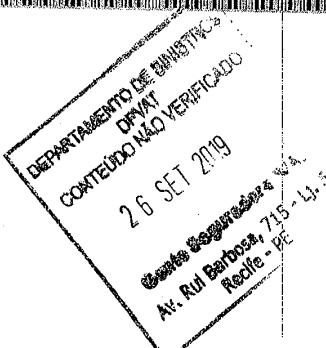
Num. 66280615 - Pág. 12

NOTIFICAÇÃO DE DEBITO																	
DADOS DO CLIENTE ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 10366686679-6-9123163-0 R. JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17 INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB. AUTOMATICO: 10366686679																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO</th> <th>SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL</th> <th>RESIDENCIAL</th> <th>QUANTIDADE DE ECONOMIAS</th> <th>COMERCIAL</th> <th>INDUSTRIAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>HIDRÔMETRO A175224252</td> <td>DATA LEIT. ANTERIOR 29/01/2019</td> <td></td> <td>DATA LEIT. ATUAL 28/02/2019</td> <td></td> <td>TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL</td> </tr> </tbody> </table>						SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	COMERCIAL	INDUSTRIAL	HIDRÔMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/01/2019		DATA LEIT. ATUAL 28/02/2019		TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	COMERCIAL	INDUSTRIAL												
HIDRÔMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/01/2019		DATA LEIT. ATUAL 28/02/2019		TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL												
NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS - ATENÇÃO A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL N° 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSSA SENHORIA CLIENTE QUE, CASO OS DÉBITOS NAO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A SUSPENSAO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS DOCUMENTOS DE REGULARIZACAO EM SEU IMÓVEL PARA APRESENTACAO AOS NOSSOS FUNCIONÁRIOS. PAGUE EM DIA SUAS CONTAS, EVITE O CORTE E A NEGATIVACAO DO SEU NOME NO SPC SERASA.																	
CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.																	
REFERENCIA CONTA 01/2019	VENCIMENTO 15/02/2019	VALOR R\$ 105,07															
EMISSAO: 22/02/2019 <table border="1"> <tr> <td>ALÍQUOTAS</td> <td>BASE DE CÁLCULO</td> <td>PERCENTUAL (%)</td> <td>VALOR DO IMPOSTO</td> </tr> <tr> <td>PIS COFINS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						ALÍQUOTAS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO	PIS COFINS							
ALÍQUOTAS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO														
PIS COFINS																	
VENCIMENTO: 105,07 TOTAL A PAGAR: 105,07																	

22350000001-9 05072018165-9 10366686679-6-9123163-0 1215-6



29 MAR 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Gracás - 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/BIBLIOTECAWEB/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 **Dayson Silveira Ribeiro**,
inscrito (a) no CPF sob o Nº **041.734.244-69**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
Dayson Silveira Ribeiro, 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 à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço **Av. Joaquim Nabuco, 2655 - Bairro Timbó - 52011-040**, 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
Email:	balbinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834	

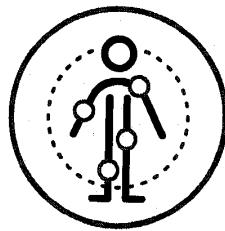
Abreu e Lima, 25 de Março de 2019

Rossana Ligia Fernandes
Assinatura do Declarante



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente DAILTON SILVA RALF

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

O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 03/03/2019

Nº do B.O. 19E0117000760

Resumo clínico PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO
SOFRE FONTE TUSQUA AO OMBRO

DEPARTAMENTO DE SANEAMENTO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

26 SET 2019

CELESTE DE SOUZA
AV. Rui Barbosa, 115 - L15
Recife - PE

Diagnóstico FRAUDE DA CLAVICULA ESQUERDA

Tratamento CIRURGICO - OSTEOSÍNTESE CLAVICULA + D6 PAMFOLIS

Sequelas 1. Deformidade anatômica

2. Limitação dos movimentos de flexo-extensão

ao deslizar

Data da alta ambulatorial definitiva 16/09/19

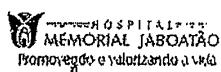
Abreu e Lima, 16 de Setembro de 2019

Médico (CRM)

Dr. Pedro Marques
Ortopedista e Traumatologista
CRM 8594
CPF 172.512.334-04
NÃO AUTORIZADA TROCA

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278





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: 5420

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:
PACIENTE COM FX DE CLAVÍCULA ESQ. ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA. REFERE ACIDENTE DE MOTO.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EGA

EXAME FÍSICO GERAL:

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

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

ND

ABDOMEN:

NDN

- GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FX DE CLAVÍCULA ESQ.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDICOES DE ALTA:

DATA: 08/03/19

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Airton Alves

CRM-PE 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:	Código	Revisão
GESTÃO DE PESSOAS	F.AT.SAM.01	00

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

NOME: Daiton Silva Ralf

REGISTRO: 764571 DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1981

RG: 5425833 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDEREÇO: Av. Ananias Lacerda de Andrade nº 416
Caetés Velho Alves e Lima

NOME DA MÃE: Maria do Socorro da Silva

DATA ADMISSÃO: 04/03/2019 DATA ALTA: 08/03/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 07/03/2019 CID: 542.0

DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavicula Esquerda

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de
Fratura da Clavicula Esquerda +
Tratamento de Retração muscular +
Neurályse + Arterotomia

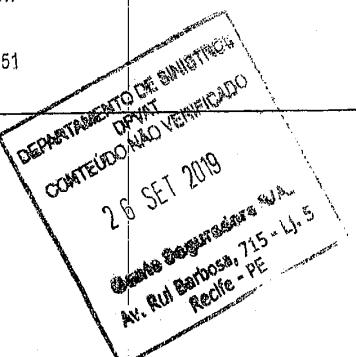
MÉDICO: Osvaldo José Macedo

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GURARAPES, 21 DE março DE 2019

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro / Cotovelo
CRM-PE 16.630 / MEC: 13351

MÉDICO



Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9688 • www.hmpe.com.br



Cód. 131021

Sumário de Admissão e Alta



Nome do paciente:

Clínica:

Nº prontuário:

Diagnóstico inicial (constante no laudo médico):

Procedimento solicitado:

Tempo de permanência previsto:

Procedimento realizado:

Código

Equipe

Enfermaria:

Leito:

Nº AIH:

CID:

Código

CID:

Matrícula Nº:

01

Clérigo

Nome: Muscular + Neurol

Matrícula Nº:

02

1. Auxílio cirúrgico

108 07 Valdo Coimbra

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DO VAT

03

2. Auxílio cirúrgico

04

3. Auxílio cirúrgico

05

Demais auxílios cirúrgicos

06

Anestesistas

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 AO AMBULATORIO C/ ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E DIETAS.

26 SET 2019
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Diagnóstico principal:

Diagnóstico secundário:

Motivo da alta:

Internação:

Altas:

Dias de hospitalização:

CID: 5420

CID:

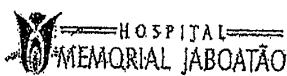
Dias de hospitalização:

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3489-0000



Laudo para solicitação de autorização de internação





HOSPITAL
MEMORIAL JABOATÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: DAILTON SILVA RALF

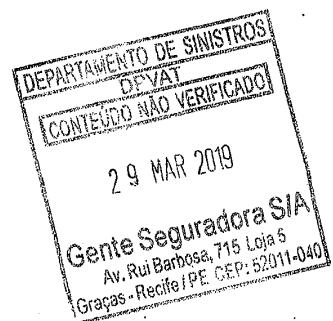
PRONTUÁRIO: 764571

SOLICITO:

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA AP E ZANCA

DR(a): OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR.

ASSINATURA E CARMIMBO



Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000
TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003122300000065027463>
Número do documento: 20081316003122300000065027463

Num. 66280615 - Pág. 20

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 (040805057-0)

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 ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

APÓSICAO DE CAMPOS ESTÉREIS

INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

DISSECCAO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA

NEURÓLISE DE NERVOS SUPRA-CLAVICULARES

LIBERACAO 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

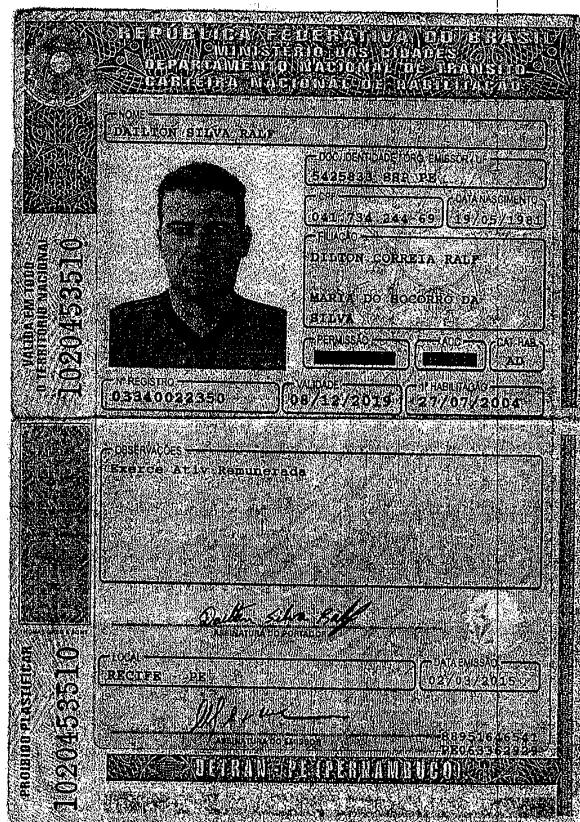
DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Braço, Ombro e Cotovelo
CRM-PE 16.658 / TEF: 13351

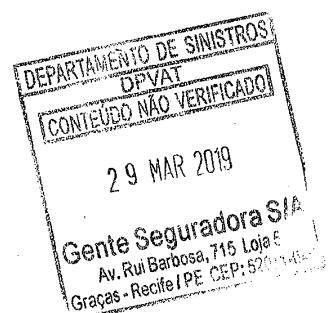
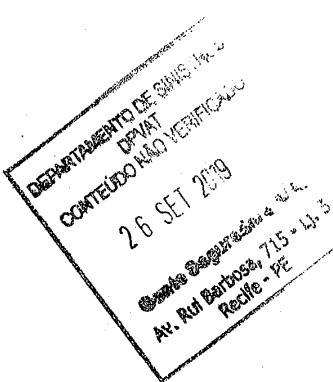
OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

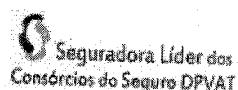


IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO			ONES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MEMORIAL JABOATAO			ONES	5356067
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do Paciente				Nº Prontuário	764571
DAILTON SILVA RALF					
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Etnia	
	19/05/1981	Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
Nome da Mãe				Telefone de contato	
MARIA DO SOCORRO DA SILVA					
Nome Responsável					
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 TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS				Código do Procedimento 0415010012	
Clinica	Garante da Internação	Documento	Nº do Documento (ONS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	2	() CNS () OPF			
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação		Assinatura e Carimbo (Nº do Conselho)	
		04/03/2019			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico <input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto		CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série	
		CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO	
Vínculo com a Previdência					
<input type="checkbox"/> Empregado <input type="checkbox"/> Empregador		<input type="checkbox"/> Autônomo <input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Não Segurado		
AUTORIZAÇÃO					
Nome do Profissional Autorizador MARIA CECILIA MAC DOWELL		Cód. Órgão Emissor	Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)		
Documento (X) CNS () CPF 201533356580007		DGSS - Sistema de Controle e Avaliação Assinatura e Carimbo (Nº do Conselho)			
Data da Autorização		26 SET 2019	29 MAR 2019		
<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1; text-align: center;"> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>26 SET 2019</p> <p>Gestão Seguradora SIA Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE</p> </div> <div style="flex: 1; text-align: center;"> <p>26 SET 2019</p> <p>DEPARTAMENTO DE SINISTROS CONTEÚDO NÃO VERIFICADO</p> <p>29 MAR 2019</p> <p>Gestão Seguradora SIA Av. Rui Barbosa, 715 Lote 5 Recife - PE CEP: 52011-040</p> </div> </div>					





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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

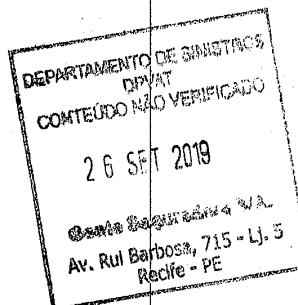
- Boletim de ocorrência
- Comprovação de registro de acidente declarado
- Declaração de Inexistência de IML
- Documentação médico-hospitalar
- Documentos de identificação
- Outros

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 entendia 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”.

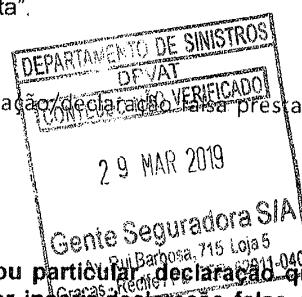
Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação declarada de forma falsa poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:



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: _____ / _____ / _____



Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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



PROCURACÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: DAILTON SILVA RALF

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO Profissão: VIGILANTE

Identidade: 5.425.833-551/PE CPF: 041.734.244-69

Endereço: AVENIDA ANANIAS LACERDA DE ANDRA, nº 416,
CAETÉS 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 epígrafe 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.

26 MARÇO 2019
Local e data

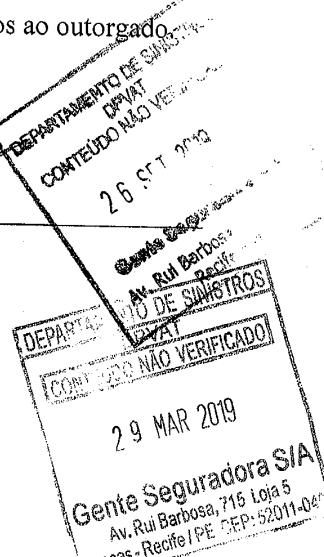
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
BEL ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelião / Rua Cel. Urbano Ribeiro de Senna, nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep: 53.525-560 - Fones: (81) 3942-1381/3541-0572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

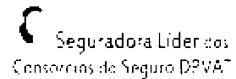
Reconheço por **AUTENTICIDADE** a firma de **DAILTON
SILVA RALF**, Abreu e Lima/PE, 26/03/2019 15:09:51 em
testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99
TSNR: R\$ 0,80 Total: 4,79 RC-3-73491

Dyogo Monteiro Valadares Pires - Escrivente
Selo Digital: 0150607.MJJ03201901.02030

consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br](http://tjpe.jus.br)



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334785/19

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

Data do acidente: 03/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003122300000065027463>
Número do documento: 20081316003122300000065027463

Num. 66280615 - Pág. 29



Número: **0013877-72.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 29ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/03/2020**

Valor da causa: **R\$ 12.656,25**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
DAILTON SILVA RALF (AUTOR)	ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)	
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
66280 616	13/08/2020 16:00	<u>ANEXO 2</u>	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, contados 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

Carta nº 15515434



Pag. 00937/00938 - carta_01 - INVALIDEZ



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003135600000065027464>
Número do documento: 20081316003135600000065027464

Num. 66280616 - Pág. 1



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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, retorno 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(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do Sinistro ou ASL:	3 - CPF da Vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
045.734.244-69	045.734.244-69	DALTON SILVA RAJF	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo:	6 - Endereço:	7 - Profissão:	8 - Cidade:	9 - Bairro:	10 - Complemento:
DALTON SILVA RAJF	VICENTE AVENIDA RUMBIAS JACERDA 2-A ANDAR	ESTRABO	116	ESTRABO	14 - FEP: 53550-540
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - FEP:	15 - E-mail:	16 - Telefones:
ESTRABO	ESTRABO	ES	53550-540	Daltonraje@hotmaile.com (31)999641109 (31)3538-0069	

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE DA 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:

<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCARIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

CONTA CORRENTE (Incluiu bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: CONTA:

Inserir o dígito se existir

Autorizo a Seguradora Lider a creditar a minha 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 IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do meu Médico Legal (IMI) para os fins de que, efetivamente, não exista, no meu caso, invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo acima, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação acima citada, reconhecendo, desde já, em meu submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §2º, declarando que esta autorização não significa a evasão da responsabilidade civil ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Vítima: Salvo: Casado (no Civil): Divorciado: Separado (não judicial): Falecido: Óbito do segurado:

24 - Se a vítima é menor de idade, informar o nome completo:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou compaheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou compaheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima: Sim 29 - Se tinha filhos, informar: 30 - Vítima deixou: 31 - Vítima: 32 - Se tinha irmãos, informar: 33 - Vítima deixou: Sim

Nau Vivos: Falecidos: Nau Vivos: Falecidos: Nau Vivos: Falecidos: Nau

34 - Se a vítima deixou: 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 - 1º Nome: _____

39 - CPF: _____ Assinatura da testemunha:

40 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha:

41 - Assinatura do beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 43 - Assinatura do Procurador (se houver):

44 - Local e Data: _____ 45 - Assinatura do beneficiário (declarante): 46 - Assinatura do Procurador (se houver):

47 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 48 - Assinatura do Procurador (se houver):

49 - Assinatura do beneficiário (declarante): 50 - Assinatura do Procurador (se houver):

51 - Assinatura do beneficiário (declarante): 52 - Assinatura do Procurador (se houver):

53 - Assinatura do beneficiário (declarante): 54 - Assinatura do Procurador (se houver):

55 - Assinatura do beneficiário (declarante): 56 - Assinatura do Procurador (se houver):

57 - Assinatura do beneficiário (declarante): 58 - Assinatura do Procurador (se houver):

59 - Assinatura do beneficiário (declarante): 60 - Assinatura do Procurador (se houver):

61 - Assinatura do beneficiário (declarante): 62 - Assinatura do Procurador (se houver):

63 - Assinatura do beneficiário (declarante): 64 - Assinatura do Procurador (se houver):

65 - Assinatura do beneficiário (declarante): 66 - Assinatura do Procurador (se houver):

67 - Assinatura do beneficiário (declarante): 68 - Assinatura do Procurador (se houver):

69 - Assinatura do beneficiário (declarante): 70 - Assinatura do Procurador (se houver):

71 - Assinatura do beneficiário (declarante): 72 - Assinatura do Procurador (se houver):

73 - Assinatura do beneficiário (declarante): 74 - Assinatura do Procurador (se houver):

75 - Assinatura do beneficiário (declarante): 76 - Assinatura do Procurador (se houver):

77 - Assinatura do beneficiário (declarante): 78 - Assinatura do Procurador (se houver):

79 - Assinatura do beneficiário (declarante): 80 - Assinatura do Procurador (se houver):

81 - Assinatura do beneficiário (declarante): 82 - Assinatura do Procurador (se houver):

83 - Assinatura do beneficiário (declarante): 84 - Assinatura do Procurador (se houver):

85 - Assinatura do beneficiário (declarante): 86 - Assinatura do Procurador (se houver):

87 - Assinatura do beneficiário (declarante): 88 - Assinatura do Procurador (se houver):

89 - Assinatura do beneficiário (declarante): 90 - Assinatura do Procurador (se houver):

91 - Assinatura do beneficiário (declarante): 92 - Assinatura do Procurador (se houver):

93 - Assinatura do beneficiário (declarante): 94 - Assinatura do Procurador (se houver):

95 - Assinatura do beneficiário (declarante): 96 - Assinatura do Procurador (se houver):

97 - Assinatura do beneficiário (declarante): 98 - Assinatura do Procurador (se houver):

99 - Assinatura do beneficiário (declarante): 100 - Assinatura do Procurador (se houver):

101 - Assinatura do beneficiário (declarante): 102 - Assinatura do Procurador (se houver):

103 - Assinatura do beneficiário (declarante): 104 - Assinatura do Procurador (se houver):

105 - Assinatura do beneficiário (declarante): 106 - Assinatura do Procurador (se houver):

107 - Assinatura do beneficiário (declarante): 108 - Assinatura do Procurador (se houver):

109 - Assinatura do beneficiário (declarante): 110 - Assinatura do Procurador (se houver):

111 - Assinatura do beneficiário (declarante): 112 - Assinatura do Procurador (se houver):

113 - Assinatura do beneficiário (declarante): 114 - Assinatura do Procurador (se houver):

115 - Assinatura do beneficiário (declarante): 116 - Assinatura do Procurador (se houver):

117 - Assinatura do beneficiário (declarante): 118 - Assinatura do Procurador (se houver):

119 - Assinatura do beneficiário (declarante): 120 - Assinatura do Procurador (se houver):

121 - Assinatura do beneficiário (declarante): 122 - Assinatura do Procurador (se houver):

123 - Assinatura do beneficiário (declarante): 124 - Assinatura do Procurador (se houver):

125 - Assinatura do beneficiário (declarante): 126 - Assinatura do Procurador (se houver):

127 - Assinatura do beneficiário (declarante): 128 - Assinatura do Procurador (se houver):

129 - Assinatura do beneficiário (declarante): 130 - Assinatura do Procurador (se houver):

131 - Assinatura do beneficiário (declarante): 132 - Assinatura do Procurador (se houver):

133 - Assinatura do beneficiário (declarante): 134 - Assinatura do Procurador (se houver):

135 - Assinatura do beneficiário (declarante): 136 - Assinatura do Procurador (se houver):

137 - Assinatura do beneficiário (declarante): 138 - Assinatura do Procurador (se houver):

139 - Assinatura do beneficiário (declarante): 140 - Assinatura do Procurador (se houver):

141 - Assinatura do beneficiário (declarante): 142 - Assinatura do Procurador (se houver):

143 - Assinatura do beneficiário (declarante): 144 - Assinatura do Procurador (se houver):

145 - Assinatura do beneficiário (declarante): 146 - Assinatura do Procurador (se houver):

147 - Assinatura do beneficiário (declarante): 148 - Assinatura do Procurador (se houver):

149 - Assinatura do beneficiário (declarante): 150 - Assinatura do Procurador (se houver):

151 - Assinatura do beneficiário (declarante): 152 - Assinatura do Procurador (se houver):

153 - Assinatura do beneficiário (declarante): 154 - Assinatura do Procurador (se houver):

155 - Assinatura do beneficiário (declarante): 156 - Assinatura do Procurador (se houver):

157 - Assinatura do beneficiário (declarante): 158 - Assinatura do Procurador (se houver):

159 - Assinatura do beneficiário (declarante): 160 - Assinatura do Procurador (se houver):

161 - Assinatura do beneficiário (declarante): 162 - Assinatura do Procurador (se houver):

163 - Assinatura do beneficiário (declarante): 164 - Assinatura do Procurador (se houver):

165 - Assinatura do beneficiário (declarante): 166 - Assinatura do Procurador (se houver):

167 - Assinatura do beneficiário (declarante): 168 - Assinatura do Procurador (se houver):

169 - Assinatura do beneficiário (declarante): 170 - Assinatura do Procurador (se houver):

171 - Assinatura do beneficiário (declarante): 172 - Assinatura do Procurador (se houver):

173 - Assinatura do beneficiário (declarante): 174 - Assinatura do Procurador (se houver):

175 - Assinatura do beneficiário (declarante): 176 - Assinatura do Procurador (se houver):

177 - Assinatura do beneficiário (declarante): 178 - Assinatura do Procurador (se houver):

179 - Assinatura do beneficiário (declarante): 180 - Assinatura do Procurador (se houver):

181 - Assinatura do beneficiário (declarante): 182 - Assinatura do Procurador (se houver):

183 - Assinatura do beneficiário (declarante): 184 - Assinatura do Procurador (se houver):

185 - Assinatura do beneficiário (declarante): 186 - Assinatura do Procurador (se houver):

187 - Assinatura do beneficiário (declarante): 188 - Assinatura do Procurador (se houver):

189 - Assinatura do beneficiário (declarante): 190 - Assinatura do Procurador (se houver):

191 - Assinatura do beneficiário (declarante): 192 - Assinatura do Procurador (se houver):

193 - Assinatura do beneficiário (declarante): 194 - Assinatura do Procurador (se houver):

195 - Assinatura do beneficiário (declarante): 196 - Assinatura do Procurador (se houver):

197 - Assinatura do beneficiário (declarante): 198 - Assinatura do Procurador (se houver):

199 - Assinatura do beneficiário (declarante): 200 - Assinatura do Procurador (se houver):

201 - Assinatura do beneficiário (declarante): 202 - Assinatura do Procurador (se houver):

203 - Assinatura do beneficiário (declarante): 204 - Assinatura do Procurador (se houver):

205 - Assinatura do beneficiário (declarante): 206 - Assinatura do Procurador (se houver):

207 - Assinatura do beneficiário (declarante): 208 - Assinatura do Procurador (se houver):

209 - Assinatura do beneficiário (declarante): 210 - Assinatura do Procurador (se houver):

211 - Assinatura do beneficiário (declarante): 212 - Assinatura do Procurador (se houver):

213 - Assinatura do beneficiário (declarante): 214 - Assinatura do Procurador (se houver):

215 - Assinatura do beneficiário (declarante): 216 - Assinatura do Procurador (se houver):

217 - Assinatura do beneficiário (declarante): 218 - Assinatura do Procurador (se houver):

219 - Assinatura do beneficiário (declarante): 220 - Assinatura do Procurador (se houver):

221 - Assinatura do beneficiário (declarante): 222 - Assinatura do Procurador (se houver):

223 - Assinatura do beneficiário (declarante): 224 - Assinatura do Procurador (se houver):

225 - Assinatura do beneficiário (declarante): 226 - Assinatura do Procurador (se houver):

227 - Assinatura do beneficiário (declarante): 228 - Assinatura do Procurador (se houver):

229 - Assinatura do beneficiário (declarante): 230 - Assinatura do Procurador (se houver):

231 - Assinatura do beneficiário (declarante): 232 - Assinatura do Procurador (se houver):

233 - Assinatura do beneficiário (declarante): 234 - Assinatura do Procurador (se houver):

235 - Assinatura do beneficiário (declarante): 236 - Assinatura do Procurador (se houver):

237 - Assinatura do beneficiário (declarante): 238 - Assinatura do Procurador (se houver):

239 - Assinatura do beneficiário (declarante): 240 - Assinatura do Procurador (se houver):

241 - Assinatura do beneficiário (declarante): 242 - Assinatura do Procurador (se houver):

243 - Assinatura do beneficiário (declarante): 244 - Assinatura do Procurador (se houver):

245 - Assinatura do beneficiário (declarante): 246 - Assinatura do Procurador (se houver):

247 - Assinatura do beneficiário (declarante): 248 - Assinatura do Procurador (se houver):

249 - Assinatura do beneficiário (declarante): 250 - Assinatura do Procurador (se houver):

251 - Assinatura do beneficiário (declarante): 252 - Assinatura do Procurador (se houver):

253 - Assinatura do beneficiário (declarante): 254 - Assinatura do Procurador (se houver):

255 - Assinatura do beneficiário (declarante): 256 - Assinatura do Procurador (se houver):

257 - Assinatura do beneficiário (declarante): 258 - Assinatura do Procurador (se houver):

259 - Assinatura do beneficiário (declarante): 260 - Assinatura do Procurador (se houver):

261 - Assinatura do beneficiário (declarante): 262 - Assinatura do Procurador (se houver):

263 - Assinatura do beneficiário (declarante): 264 - Assinatura do Procurador (se houver):

265 - Assinatura do beneficiário (declarante): 266 - Assinatura do Procurador (se houver):

267 - Assinatura do beneficiário (declarante): 268 - Assinatura do Procurador (se houver):

269 - Assinatura do beneficiário (declarante): 270 - Assinatura do Procurador (se houver):

271 - Assinatura do beneficiário (declarante): 272 - Assinatura do Procurador (se houver):

371930
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 N.º **20E0123000020**

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

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

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CRUZ DE REBOUÇAS (BAIRRO), 1** - Bairro: **CRUZ DE REBOUÇAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CEMITÉRIO VALE DA SAUDADE**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (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): 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: **AUTOMOVEL/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,IGARASSU-PB,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**



03/01/2020 17:2



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003135600000065027464>
Número do documento: 20081316003135600000065027464

Num. 66280616 - Pág. 5

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: DAILTON SILVA RALF Cód. Paciente: XXXXXXXXXX Data de Nascimento: 19/05/1981 Sexo: Masculino Idade: 38 anos Senha: 0066 Convênio: XXXXXXXXXX Atendimento: SAME
Período: 25/11/2019 08:44 - 25/11/2019 08:45 MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO: XXXXXXXXXX	
Prioridade:	XXXXXXXXXX
Cor:	XXXXXXXXXX VERDE
Queixa Principal:	DOR NO MSE APOS QUEDA DE MOTO ONTEM
Observação:	DM- HAS- ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA TRAUMA
Fluxograma sintoma:	- DOR LEVE (1-3/10) - EVENTO (TRAUMA) HÁ MAIS DE 6H
Especialidade:	ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos:	- FREQUÊNCIA 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

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
BRADESCO2002202005000000000237020800000050856284375 PAGO



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003135600000065027464>
Número do documento: 20081316003135600000065027464

Num. 66280616 - Pág. 7

CAVVA



Table 1: Summary of the main results

ESTADO DE SÃO PAULO

DALTON SILVA RALF
AV. ANANIAS LACERDA DE ANDRA, 418
CAETES VELHO
53650-540 ABREU E CLIMA-PE.



2023-08-16 10:23:20 131 MPEI 01 0013



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003135600000065027464>
Número do documento: 20081316003135600000065027464

Num. 66280616 - Pág. 8



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

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 **884.547.684-00**,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **Dalton Silveira Ralf**,
inscrito (a) no CPF sob o Nº **091.734.244-69**, de sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima
Dalton Silveira Ralf, inscrito (a) no CPF sob o Nº **091.734.244-69**,
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 ao 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
		Cidade		Estado	CEP
Bairro	TIMBÓ		PE	53520170	
Email:	balbinospe@hotmail.com			Telefone Comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
				(81) 3538.0069	(81) 98721.5834

Assinatura do Declarante

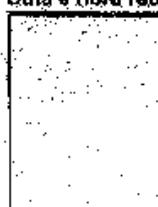


UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTÓCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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



Nome Paciente: DAILTON SILVA RALF
Cód. Paciente: XXXXXXXXXX
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: XXXXXXXXXX VERDE

Queixa Principal: DOR NO MSE APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM

Observação: DM.

HAS-

ALERGIA MEDICAMENTOSA: NEGA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - DOR LEVE (1-3/10)
- ÉVENTO (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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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:

30

SENHA:

ÓBITO

Data:

MARIA LARA GOMES
ORTOPEDISTA/UMATODIA
CRMESP 13341

ATESTADO DE ÓBITO

SVO

IML

Médico / Enfermeiro:

TERMO DE RESPONSABILIDADE DE ALTA A PEDIDO PARA MAIORES DE 16 ANO

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

DATA: _____

HORA: _____

NOME LEGÍVEL: _____

RG: _____

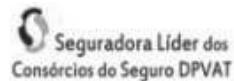
GRAU DE PARENTESCO: _____

ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060784/20

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

Data do acidente: 24/11/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003135600000065027464>
Número do documento: 20081316003135600000065027464

Num. 66280616 - Pág. 14

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/11/2019

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 13/08/2020 16:00:31
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20081316003135600000065027464>
Número do documento: 20081316003135600000065027464

Num. 66280616 - Pág. 16