



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
66280615	13/08/2020 16:00	ANEXO 1	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, 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

Carta nº 14834574



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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

Nome completo: **DAILTON SILVA RALF** CPF: **041.734.244-69**

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

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

E-mail: **gabrielnogueira@hotmail.com (81) 98721-5834** Tel. (DDD): **181 3538-0068**

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

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO**

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões, p. 52011-040 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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: _____
CPF: _____

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

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

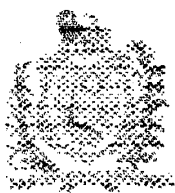
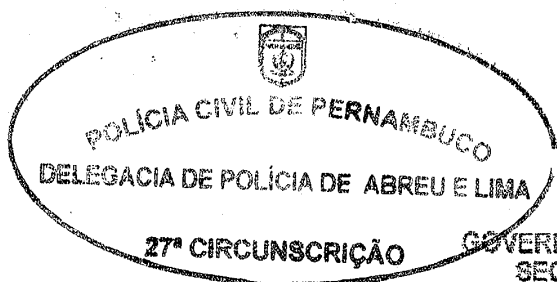
TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

(*) 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

15/03/2019

Boletim de Ocorrência



513593
0108749/19
550027
0334785/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0117000760

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

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

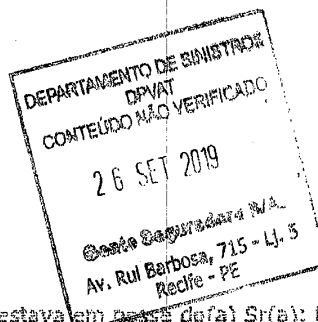
Fato ocorrido no endereço: **RUA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 01 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
DAILTON SILVA RALF (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

DAILTON SILVA RALF (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA SILVA** Pai: **DILTON CORREIA RALF** Data de Nascimento: **19/9/1981** Nacionalidade: **CAMPO FORMOSO / 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 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

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

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

Jeers/Polícia civil/infopd/ari/BOEPretex.html



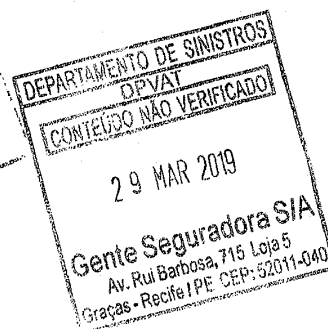
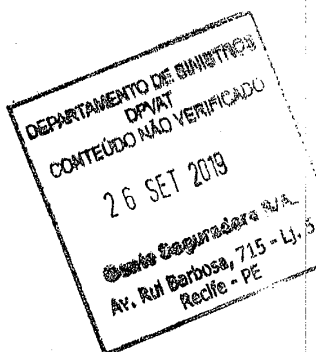
Complemento / Observação

DECLARA O SRº DAILTON QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NA RUA ANANIAS LACERDA QUANDO UM VEICULO 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, nesta unidade policial

DAILTON SILVA RALF
(VITIMA)

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **041.734.244-69** Nome completo da vítima: **DAILTON SILVA RALF**
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: **DAILTON SILVA RALF** CPF: **041.734.244-69**
Profissão: **VIGILANTE** Endereço: **AV. ANANIAS LACERDA DE ANDRA** Número: **416** Complemento: **CASA**
Bairro: **CAETES VELHO** Cidade: **ABREU E LIMA** Estado: **PE** CEP: **53.550-540**
E-mail: **gabrielino@notmap.com (81) 98721-5834** Tel. (DDD): **(81) 3538-0068**

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).
RENDA MENSAL:
☐ 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: **0508562** **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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):
☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões, p. 52011-040 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____ nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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: _____
CPF: _____
(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Dailton Silva Ralf
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHA Nº 1
Nome: _____
CPF: _____
TESTEMUNHA Nº 2
Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

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

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

FPS.001 V001/2018



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

BRADESCO0910201905000000000023702080000000508562168750 PAGO





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



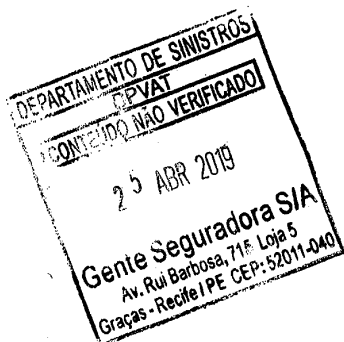
Olinda 11 de Março de 2019

DECLARAÇÃO

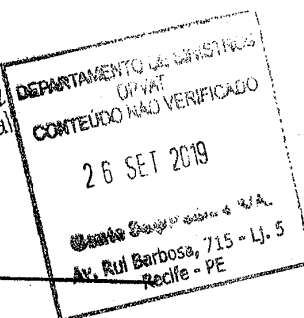
0108749/19

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

Atenciosamente,



UPA - OLINDA
Mifena Moura
Coordenadora Geral



FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES
IMIP HOSPITALAR

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



RA 24 HORAS - OLINDA

Sumário da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

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

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

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

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

Corridade:

Cor:

VERDE

Lesão Principal:

DOR EM OMBRO ESQUERDO. RELATO COLISAO MOTO-CARO

Observação:

ALERGIA -

Histórico sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

Data Impressão: 03/03/2019 15:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



CAIXA

A vida pede mais que um banco

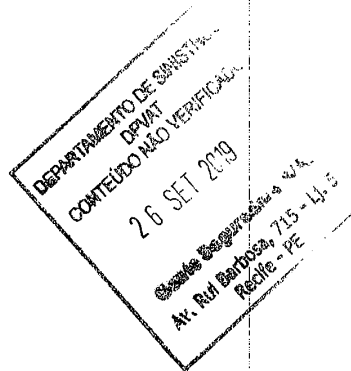


CTC RECIFE PE PL2 DATA DE POSTAGEM: 01/03/2019

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



282.72



NOTIFICACAO DE DEBITO

DADOS DO CLIENTE
ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 103668667 Nº 91281623
R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB.AUTOMATICO: 103668667

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

NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS - ATENCAO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO
ESTADUAL Nº 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE
QUE, CASO OS DÉBITOS NAO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A
SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS
DOCUMENTOS DE REGULARIZACAO EM SEU IMOVEL PARA APRESENTACAO
AOS NOSSOS FUNCIONARIOS. 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

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

VENCIMENTO: TOTAL A PAGAR: 105,07



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

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



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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 **DARLTON SILVA RAUF.** inscrito (a) no CPF sob o Nº **041.734.244-69**, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima **DARLTON SILVA RAUF.** 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.

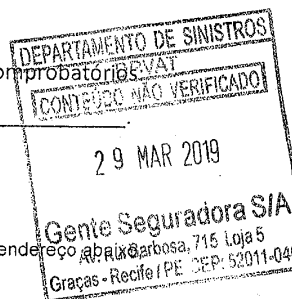
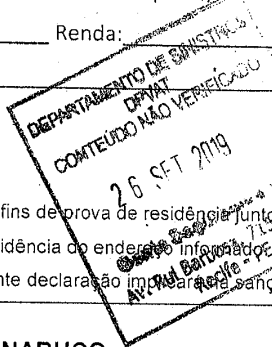
☒ Recuso informar

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

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

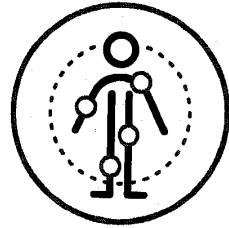
Abreu e Lima / 25 de **Março** de 2019

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente DAILTON SILVA RALF

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

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 03/03/2019

Nº do B.O. 19E0117000760

Resumo clínico PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
SOFRU FORTA TORSÃO AO OMBRO TQ

Diagnóstico FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Tratamento CINTURA - OSTEOSÍNTESE / Placa + 06 PARAFUSOS

Sequelas 1. DEFORMIDADE ANATÔMICA

2. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO
DO OMBRO TQ

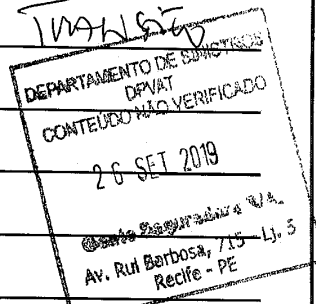
Data da alta ambulatorial definitiva 16/09/19

Abreu e Lima, 16 de Setembro de 2019

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM 8594
CPF 172.678.334-03
NÃO AUTORIZA TROCA

Médico (CRM)

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: S420

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

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

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NEGA

EXAME FISICO GERAL:

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

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

ND

ABDOMEN:

NDN

- GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

IPOTESE DIAGNOSTICA:

FX DE CLAVICULA ESQ.

DIAGNOSTICO DEFINIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Airton Araújo

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:

GESTÃO DE PESSOAS

Código

FAT.SAM.01

REVISÃO

00

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

NOME: Dailton Silva Ralf

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

RG: 5425833 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDEREÇO: Av. Aníamias Lacerda de Andrade nº 416
Castêl Velho Albreu 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 Clavícula Esquerda

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Clavícula Esquerda +
Tratamento de Retração muscular +
Neurelise + Arteriotomia

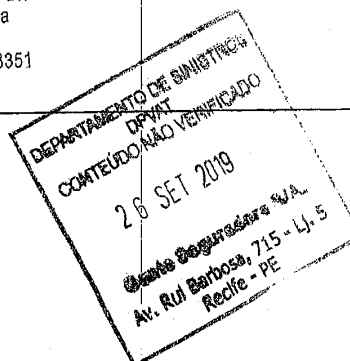
MÉDICO: Osvaldo Jose macedo

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 21 DE março DE 2019.

DR. OSVALDO CRIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Clr. Ombro / Cotovelo
CRM-PE 16.642 / MEOT: 13351

MÉDICO



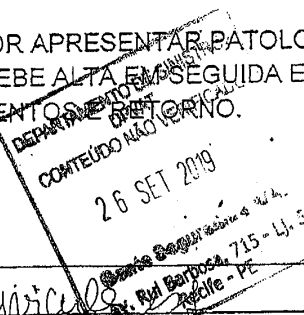
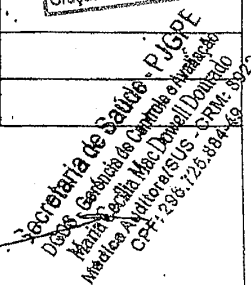
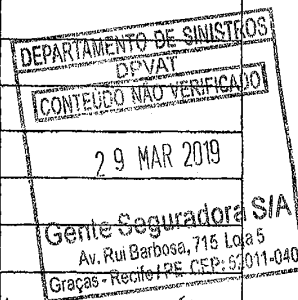
Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9888 • www.himpe.com.br

Nome do paciente: Walcilton Silva Rêf			
Clínica: Ortopedia		Enfermaria: 15	Leito: 03
Nº prontuário: 202427		Nº AIIH:	
Diagnóstico inicial (constante do laudo médico): Fratura clavícula enf		CID: S420	
Procedimento solicitado: Fixação múltipla		Código: 015010012	
Tempo de permanência previsto:			
Procedimento realizado: Fixação Fratura clavícula enf + osteotomia + Ret.			
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião	Miguel +	0408010507
02	1. Auxílio cirúrgico	Dr. Orlando Coimbra	040801018 + 040806000
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesiistas	Dr. Michelle Favas	
07	Clínico		
08	Clínico		

Procedimentos especiais <input type="checkbox"/> Mudança de procedimento <input type="checkbox"/> Diária de UTI <input type="checkbox"/> Diária de acompanhante <input type="checkbox"/> Vacina Anti-Rh <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Uso de prótese ortese <input type="checkbox"/> Uso de fatores de coagulação <input type="checkbox"/> Uso de oxigenadores <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral	
---	--

Resumo do caso PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA AMBULATORIO COM ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.	
---	--

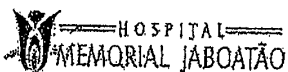
Diagnóstico principal: Fratura clavícula enf	CID: S420
Diagnóstico secundário: Osteotomia + Retração muscular + Neurolia	CID:
Motivo da alta: Alta com Remoção	
Internação: 04/03/19	Altas: 08/03/19
Dias de hospitalização:	



CTC

Laudo para solicitação de autorização de internação





RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: DAILTON SILVA RALF

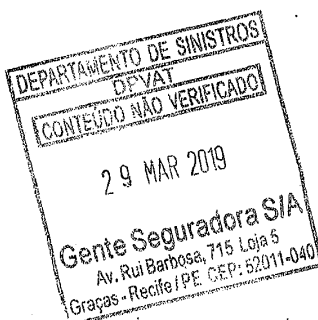
PRONTUÁRIO: 764571

SOLICITO:

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA AP E ZANCA

DR(a): OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

ASSINATURA E CARIMBO



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

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: DAILTON SILVA RALF

Prontuário: 764571

Atendimento: 202427

Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 37 Anos, 9 Meses e 16 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

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

Data: 07/03/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

05. Anestesia:

07. Anestesiata: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

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

Dr. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE 16.658 / TEQT: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

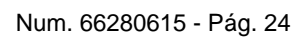
CRM: 16658



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			ONES		
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			5356067		
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			ONES		
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			5356067		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do Paciente			Nº Prontuário		
DAILTON SILVA RALF			764571		
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				Código do Procedimento	
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MÚLTIPAS				0415010012	
Clínica	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente		
CIRÚRGICA	2	() CNS () OPF			
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)		
		04/03/2019			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
() Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série		
() Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO		
() Acidente Trabalho Trajeto					
Vínculo com a Previdência					
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado
AUTORIZAÇÃO					
Nome do Profissional Autorizador		Cód. Orgão Emissor	Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)		
MARIA CECILIA MAC DOWELL		260005			
Documento	Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador				
(X) CNS () CPF	201533356580007				
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)				



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
29 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja E
Graças - Recife/PE CEP: 520-140



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334785/19

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

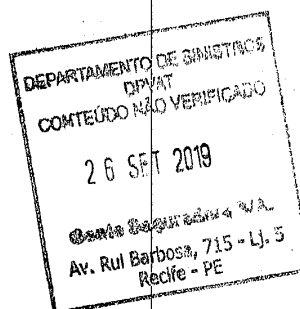
Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

DAILTON SILVA RALF : 041.734.244-69

Autorização de pagamento
Comprovante de residência



ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JULIANA BEZERRA DE LUNA



DECLARAÇÃO

Eu, DAILTON SILVA RALF

RG 5.425.833, CPF 041.734.244-69

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

e levado ao Hospital UPA DE OLINDA

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

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

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção

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

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

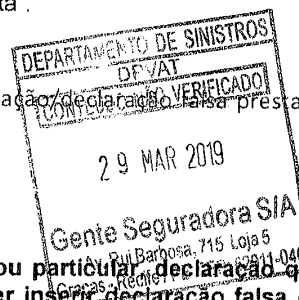
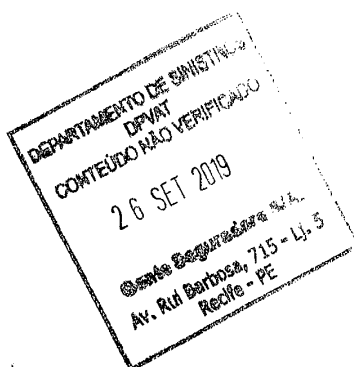
Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação/declaração falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica

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

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

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



Local: _____ UF _____ Data _____/_____/_____

Dailton Silva Ralf
Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554581

Cidade: Abreu e Lima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do acidente: 03/03/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS.
P7

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos
complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: DAILTON SILVA RALF

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO

Profissão: VIGILANTE

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

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

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

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

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

Cartório
Alfredo Mariano

26 MARÇO 2019
Local e data

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

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
BEL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelião / Rua Cel. Urbano Ribeiro de Sena, Nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep. 53.525-560 - Fones: (81) 3542.1381/3541-0572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

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

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

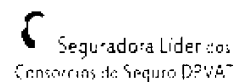
consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sistema

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2019

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334785/19

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

DAILTON SILVA RALF : 041.734.244-69

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

JULIANA BEZERRA DE LUNA





13/08/2020

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
66280616	13/08/2020 16:00	ANEXO 2	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, 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

Carta nº 15515434

Pag. 00937/00938 - carta_01 - INVALIDEZ





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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASI: 043.734.24469 3 - CPF da vítima: 043.734.24469 4 - Nome completo da vítima: DAILTON SILVA RAFF

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

5 - Nome completo: DAILTON SILVA RAFF 6 - CPF: 043.734.24469
7 - Profissão: VICENTE 8 - Endereço: AVENIDA ANANIAS JACOBINA DE ANDRADE 416 CASA
9 - Bairro: CAETES VELHO 10 - Complemento: 11 - Cidade: MURICU E JUNA 12 - Estado: PE 13 - CEP: 53550-540
14 - Telefone: 15 - E-mail: dailtonraff@hotmail.com (31) 999441109 (31) 3538-0089

DADOS CADASTRAIS

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAIS
☐ SEM RENDA

☒ R\$1.00 A R\$1.000,00
☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Informar o banco)

Nome do BANCO: Banco BRadesco

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar a laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins que requerimento de indenização 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa a minha concordância com o futuro avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 24 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 25 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 28 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 34 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não

25 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 26 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 28 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 34 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não

28 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 30 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima deixou filhos vivos? ☐ Sim ☐ Não 33 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não 34 - Se a vítima deixou filhos falecidos? ☐ Sim ☐ Não

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

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura do testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura do Procurador (se houver)

45 - Assinatura do Procurador (se houver)

46 - Assinatura do Procurador (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Assinatura do Procurador (se houver)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura do Procurador (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Assinatura do Procurador (se houver)

53 - Assinatura do Procurador (se houver)

54 - Assinatura do Procurador (se houver)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura do Procurador (se houver)

57 - Assinatura do Procurador (se houver)

58 - Assinatura do Procurador (se houver)

59 - Assinatura do Procurador (se houver)

60 - Assinatura do Procurador (se houver)

61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura do Procurador (se houver)

63 - Assinatura do Procurador (se houver)

64 - Assinatura do Procurador (se houver)

65 - Assinatura do Procurador (se houver)

66 - Assinatura do Procurador (se houver)

67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura do Procurador (se houver)

69 - Assinatura do Procurador (se houver)

70 - Assinatura do Procurador (se houver)

71 - Assinatura do Procurador (se houver)

72 - Assinatura do Procurador (se houver)

73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura do Procurador (se houver)

75 - Assinatura do Procurador (se houver)

76 - Assinatura do Procurador (se houver)

77 - Assinatura do Procurador (se houver)

78 - Assinatura do Procurador (se houver)

79 - Assinatura do Procurador (se houver)

80 - Assinatura do Procurador (se houver)

81 - Assinatura do Procurador (se houver)

82 - Assinatura do Procurador (se houver)

83 - Assinatura do Procurador (se houver)

84 - Assinatura do Procurador (se houver)

85 - Assinatura do Procurador (se houver)

86 - Assinatura do Procurador (se houver)

87 - Assinatura do Procurador (se houver)

88 - Assinatura do Procurador (se houver)

89 - Assinatura do Procurador (se houver)

90 - Assinatura do Procurador (se houver)

91 - Assinatura do Procurador (se houver)

92 - Assinatura do Procurador (se houver)

93 - Assinatura do Procurador (se houver)

94 - Assinatura do Procurador (se houver)

95 - Assinatura do Procurador (se houver)

96 - Assinatura do Procurador (se houver)

97 - Assinatura do Procurador (se houver)

98 - Assinatura do Procurador (se houver)

99 - Assinatura do Procurador (se houver)

100 - Assinatura do Procurador (se houver)



377930

0060784/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 033ª CIRCUNSCRIÇÃO - CRUZ DE REBOUCAS - 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 SAUDADE**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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, 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**



03/08/2020 17:3



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:	
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

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

Data Impressão: 25/11/2019 08:45

Sistema de Atendimento 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

BRADESCO200220200500000000002370208000000050856284375 PAGO



CAIXA

Atendimento ao Cliente 15. 010. 0000



CÓDIGO DE RASTREAMENTO DATA DE Postagem (MM/AA/YY)

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



721130770142883220001019510010818

98272



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 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 COAF**.

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 **DAILTON GILVA ROLF.**

inscrito (a) no CPF sob o Nº **041.734.244-69** do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima

DAILTON GILVA ROLF 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 de **11** de **Setembro** de **2020**
Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



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:	
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 08:45

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1157948

Senha de Classificação: 0156

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 de 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: 88539344
CRN (Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm PR: rpm PA: mmHg
DATA: 25.11.19 HORA:

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Doença aguda e progressiva de início súbito

EXAME FÍSICO:

Adams + / 4 +

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

Fratura radioulnar distal

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

RX - fratura radioulnar distal

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

HORARIO

<i>gesso radioulnar</i>	

Médico / Cremepe:

ENCAMINHADO: ☒ Ambulatório ☐ Sala Verde ☐ Sala Amarela ☐ Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

MARILIA LIMA GOMES
ORTOPEDISTA
CRMPE 12600



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM (ASS/COREN)

EVOLUÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL (ASS/CRESS)

DESTINO:

ALTA: ☐ Melhorada ☒ Com Atestado ☐ Com Prescrição

☐ TRANSFERÊNCIA LOCAL: 30 SENHA: _____

☐ ÓBITO Data: ____/____/____ ☒ ATESTADO DE ÓBITO ☐ SVO ☐ IMI

MARILIA LIMA GOMES
ORTODONTIA/TRAUMATOLOGIA
CRMPE-23440
Médico / Crempe

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: _____

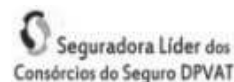
ASSINATURA: _____

RECEPÇÃO / CARIMBOS: _____





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0060784/20

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do acidente: 24/11/2019

CPF: 041.734.244-69

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



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

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

