

Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Nº Sinistro: 3180565776

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180565776**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13675701



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180565776
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS
Data do Acidente: 17/09/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

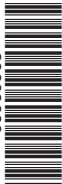
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180565776

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data do Acidente: 17/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o 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 tornozelo 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: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 0000061572-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 116.016.064-35 Nome completo da vítima: Genicléilson Mateus Bezerra Santos

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

Nome completo: Genicléilson Mateus Bezerra Santos CPF: 116.016.064-35
Profissão: Agricultor Endereço: Rua vinte e um Número: 3 Complemento: lavoura
Bairro: Itomab Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56909-100
E-mail: _____ Tel. (DDD): 87-9634-4907

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: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 61542 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 09/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Genicléilson Mateus Bezerra Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | 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.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267004299**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/11/2018** às **15:31**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/9/2018** às **14:33**

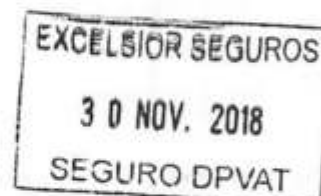
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, FAZENDA CIPO** - Bairro:
CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: **ZONA RURAL**
Local do Fato: **FAZENDA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): GENICLEBSON
MATEUS BESERRA DOS SANTOS



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

GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe:
SANDRA BESERRA NUNES Pai: **GENIVAL ALVES DOS SANTOS** Data de Nascimento: **18/2/1993** Naturalidade: **SERRA
TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9212560/SDS/PE (RG), 11601606435 (CPF)** Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- **87988027254**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM, 05 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**,
que estava em posse do(a) Sr(a): **GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

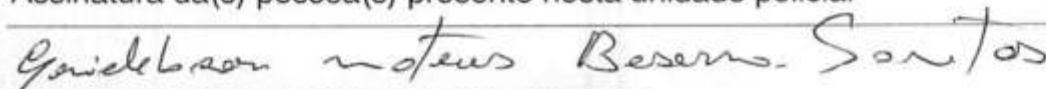
Placa: **PGF7990** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **488284732** Chassi: **9C2KDO550CR308750**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, OA VITIMA EM TELA, COMUNICANDO QUE NO DIA, HORA E LOCAL

DESCRITO TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO EM DADO MOMENTO, PERDEU O CONROLE DA MESMA, VINDO A DERRAPAR E CAIR EM SEGUIDA. APOS O OCORRIDO, A VITIMA BUSCOU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPAM, ONDE FOI ATENDIDO PELO O DR. EBENONE, O QUAL CONSTATOU UM FRATURA NO TORNOZELO ESQUERDO, E DEPOIS A VITIMA, FOI OPERADA NA CLINICA SAO FRANCISCO.

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



GENICLEBSON MATEUS BESERRA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0** - Matrícula: **151743-0**

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: 116.016.064-35 Nome completo da vítima: Genicléilson Mateus Bezerra Santos

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

Nome completo: Genicléilson Mateus Bezerra Santos CPF: 116.016.064-35
Profissão: Agricultor Endereço: Rua vinte e um Número: 3 Complemento: lavoura
Bairro: Itomab Cidade: Serra Talhada Estado: PE CEP: 56909-100
E-mail: _____ Tel. (DDD): 87-9634-4907

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: _____

AGÊNCIA: 0914 CONTA: 61542 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Serra Talhada 09/11/2018
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Genicléilson Mateus Bezerra Santos
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

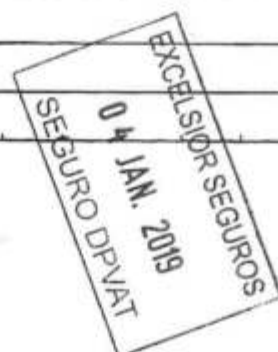
(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

data / /
S T Q Q S S DEsclarecimento

Eu, Genicleilson matheus, venho Esclarecer que eu não posso me Responsabilizar por o médico não ter informado conforme a História do feito eu infirmi e que Aconteceu, não fui socorrido por Bombeiros, nem a outros por que no momento não surge A necessidade Acontece que no Hora. Achei que não tinha fraturado nada, subi na moto e consegui chegar no hospital devido ao dor e inchar muito fiquei assustado tirei direto para o hospital pois que ao chegar foi constatada a fratura e em seguida, agendando para o chamado da cirurgia, não tendo a nada se quiserem mandar investigar esta Adisposição para qualquer esclarecimento. peço A compreensão. Agradeço A compreensão e aguarda respostas por que existe uma sequela de fato. É a cidade toda sabe que o costume dos ortopedista se não chegar com Bombeiros, nem a polícia coisa que é raro no interior.

Serra Talhada, 04 de janeiro de 2019

Genicleilson matheus Bezerra Santos.





SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
XI GERES - SERRA TALHADA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA						Nº: 12
Data: 12/01/16		Hora: 07:23				
Nome: Genivaldo da Costa Silva						
Nascimento: 10/12/90		Sexo: F		Estado Civil: Solteiro		
Escolaridade: Analf		Profissão: Sem				
Mãe: Valéria Rosa da Silva		Responsável: Valéria Rosa da Silva				
Endereço: R. 21-N.S						
Bairro: São José		Município: São José		Fone: 9-07749.4952		
Cartão SUS: 7.212.500						
Raça/Cor: Branca		Preta		Parda		
		Amarola		Indígena		
PA: 120		Pulso: 70		HGT: 1,60		
Temperatura: 36,5		Peso: 50				
História e Exame Físico: 2 anos no Pânico Anál fren. <u>hipocárdio</u> (R)						
Tratamento: ① Fun. Analgésica ② Voltex - analg. ① ③ Difentol 100 mg						
Hipótese Diagnóstica: 6. F-1 no Pânico Anál				Carimbo e Assinatura: 12 Jan. 2016 SEGURO DPVAT.		
Destino do Paciente: Internado		Transferido		Evasão		
Removido para o hospital:						
Obito em: Hrs do dia: 12/01/16						

Dr. CEZAR AUGUSTO DA SILVA
CPF: 882.723.544-20
Médico Traumatólogo

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data:

Hora:

Paciente:

Outras queixas:

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HbA _{1c} | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ureia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Entrografia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:
1) Clozapina 75 mg	08:30	
2) Ac do Rimho duplo		
3) ...		
<div style="text-align: center;"> Dr. Francisco Gomes Méd. Ger. e Geriatria CRP 0140 </div>		

Noédia P. de Lima
 Tcd. de Enfermagem
 COREN: 14835 - TEC-P

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

HOSPAM - VEH
 Serra Talhada-PE

SIOB SEGUROS

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000061572-3

Nr. da Autenticação A52E2666E1936A00

Tarifa Social de Energia Eléctrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-902
CNPJ 10.835.832/0001-00 | Insc. Est. 0008943-93 | www.cebe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARGARIDA ALVES CAVALCANTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA FRANCISCO OLAVO 110

CPF 368 710 364-15

IPSEP/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA/PE
55912-130

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofásico

033328249	LNCA	25/09/2018
25/09/2018	2000136288	3872821

2278076010	06/2018
02/10/2018	25/10/2018
	245,82

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo(LvH)	282.0000000	0,75282600	212,29
Acrescimo Bandeira VERMELHA			20,26
Contrib. Bur. Publica Municipal			8,88
ICMS Subvenção-CDE-NF 021082132-26/05/18			1,91
ICMS Subvenção-CDE-NF 025728403-26/07/18			1,73
PRO-CRMANÇA-08113412-8880 0800 031 8889			0,98

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT
246.82

TOTAL DA FATURA

Nº DO MECHORRO 30-00-0219	TIPO DA FUNGÃO CAI	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS 30	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MIL)
		DATA 27/06/2018	LEITURA 17.261,00	DATA 26/06/2018	LEITURA 17.543,00				
							1,0000		282,00

DATA	DECEASED
MAR 18	262
ABR 18	264
MAI 18	260
JUN 18	278
JUL 18	294
AUG 18	372
SET 18	381
OUT 18	328
NOV 17	340
DEZ 17	362
JAN 18	362
FEB 17	278

DOC 1747 FEB 2008 0000 0220 0103 P 0

[illegible]

ATENCIÓN LA CELA DE LA FORMA QUE VOY A PONER CONTAS EN ABERTO

Consumos e não pagamento de (1) tarifa (2) de energia elétrica (3)					
Valor 25/06/18	DI (valor 25/06/18)	Valor 28/06/18	Valor	DI (valor)	Valor

Em casos de não pagamento de salários, o trabalhador tem o direito de ser remunerado, bem como poderá ingressar com reclamação nos órgãos da Justiça do Trabalho ou do SP, o SUPAJA, para averiguação factual. Deve-se, porém, lembrar que a SUPAJA é um órgão do sistema, portanto os seus dados não devem ser utilizados em documentos oficiais que possam ser sua fonte direta ou indireta de informação.

[illegible]

PROTECTOR	LIMITE MATERIAL	LIMITE ELECTRICAL	LIMITE MECANICO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 Rosana de M. S. Cavalcante inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geniclebson Mateus Bezerra Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Geniclebson Mateus Bezerra Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 116.016.064 / 35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Agricultor Renda: não informar e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Francisco Olavo</u>	Número	<u>110</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>IPSEP</u>	Cidade	<u>Guara Nhada</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)		CEP	<u>56912-130</u>
				Telefone celular (DDD)	<u>87-9634-4907</u>

Guara Nhada 21 de 11 de 2018
Local e Data

Rosana de M. S. Cavalcante
Assinatura do Declarante

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 122

Data: 14-09-18	Hora: 4:33
Nome: Joniclebson Mateus Bezerra Santos	Profissão: Agricultor
Nome Social:	Estado Civil: Solteiro
Nascimento: 18-02-93	Sexo: masc
Escolaridade: 8º Ano	Responsável:
Mãe: Sandra Bezerra Nunes	
Endereço: Rua 27 05	
Bairro: Cangaço	Município: ST/PE
Cartão SUS: 402 1084 6823 8593	Fone: 8802-7254
Raça/Cor:	RG/CPF:
<input type="checkbox"/> Branca	<input type="checkbox"/> Preta
<input type="checkbox"/> Parda	<input type="checkbox"/> Amarela
<input type="checkbox"/> Indígena	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

T210W2 N T142

PA:	Pulso:	HGT:	T:	SpO2:	Peso:	Glasgow:
Medicações em uso:						
Intolerâncias/Alergias:						
Fluxograma:				Carimbo e Assinatura:		

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Hurt - 1-8

EXCELSIOR SEGUROS

30 NOV. 2018

SEGURO DPVAT

Tratamento:

Tou 0-6
- Voltar
- Dicar + 1-3

17:30

Comitê de Ética em Pesquisa
COPEN-PE 000.540.829

Hipótese Diagnóstica:

frat N T142

Carimbo e Assinatura:

Dr. Ebenone Antônio da Silva
CPE 882.723.544-20
Médico Traumatologista

CONDUTA MÉDICA

Destino do Paciente:	<input type="checkbox"/> Internado	<input type="checkbox"/> Residência	<input type="checkbox"/> Transferido	<input type="checkbox"/> Evasão
Removido para o hospital:				
Óbito às	hrs do dia			

Carimbo e Assinatura:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Outras queixas:

RECIBO DE VLM
3 D' AOA SDR
EXCESSION REQUINOR

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> LCR | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Glicose | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Uréia | <input type="checkbox"/> VDRL | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Creatinina | <input type="checkbox"/> CKMB | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Ionograma | <input type="checkbox"/> Troponina | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Leucograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Eritrograma | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VH - 17/09/2018

Notificado *[assinatura]*

(87) 9 8802 7254

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE



Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE



Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

06921560

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

02108768258593

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

41861

9 - NOME DO PACIENTE

Genivaldo de Jesus B. Santos

10 - DATA DE NASCIMENTO

18/02/93

11 - SEXO

Masc. ☒ Fem. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Sandra Regina de Jesus

13 - TELEFONE DE CONTATO

87988027254

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua Santa Cruz, 15.

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Serra Talhada

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

0261220

17 - UF

PE 56909100

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Do + L - M
no + M

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

F21.0 + M + M

22 - CID-10 PRINCIPAL

582.6

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID-10 SECUNDÁRIO

25 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de M + M

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

04.08.05.049-7

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Ebenete Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0112

18/09/18

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Francisco Anselmo Maciel
CPF: 123.456.789-10
CRM: 3382

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

47 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO:

motivos
eletiva

25/09/18

Data do Atendimento: 25/09/2018 Prontuário: 00041861 Registro: 00087417 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS

Data Nascimento: 18/02/1993 Idade: 25 Anos, 7 Meses Sexo: MASCULINO Cor: PARDA

Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: AJUDANTE Naturalidade: Nacionalidade:

Filiação: Pai: GENIVALDO ALVES DOS SANTOS Mãe: SANDRA BESERRA NUNES

Endereço: RUA VINTE EUM N° 5

Bairro: COAHB Cidade: SERRA TALHADA Estado: PE Telefone: 988027254

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidentado Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []

Suicídio [] Casual [] Outros []

Nome do Acompanhante: Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Torção no tornozelo @

Diagnóstico Inicial: Torção no tornozelo @

S.A.D.T

Diagnóstico Final: O mesmo.

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada [X] Decisão Médica [X]
Inalterado [] Alta a Pedido []
Piorado [] Transferência []
Óbito+48h [] Evasão []
Óbito-48h [] Indisciplina []

Óbito em / / Hora:

Data do Internamento: 25/09/2018

Data da Alta:

Dr. Eberhone A. Silva
Ortopedia e Traumatologia

Médico Responsável

Cirurgia Realizada:		Nº do Procedimento:	
Data:	Início:	Término:	
Cirurgião:	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:

DESCRIÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- INCISÃO ATUAL.
- 01 PUNTO 113 cm 3.5
- 04 PUNTO 113 cm.
- Sutura.

Dr. Ebenezer A. Silva
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura do Cirurgião

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 014083312587
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 486284732 RENTR 2016
COD. RENAVAM

GENICLESSON MATEUS BERRA SANTOS
NOME

SERRA TALHADA-PE

116.016.064-35
PLACA ANT/UF
CHASSI
PGF7990

302KD0550CR308750
ESPECIE TIPO
COMBUSTIVEL
ALCO/GASOL

HONDA/NXR150 BRO3 E3
MARCA/MODELO
ANO FAB. 2012
ANO MOD. 2012

23/149CL
CAP/POT/CIL
CATEGORIA
COR PREDOMINANTE
PRETA

1º VENC/COTAS
2º
3º
1º VENC/COTAS
2º
3º

1º VENC/COTAS
2º
3º
1º VENC/COTAS
2º
3º

1º VENC/COTAS
2º
3º
1º VENC/COTAS
2º
3º

1º VENC/COTAS
2º
3º
1º VENC/COTAS
2º
3º

1º VENC/COTAS
2º
3º
1º VENC/COTAS
2º
3º

1º VENC/COTAS
2º
3º
1º VENC/COTAS
2º
3º

1º VENC/COTAS
2º
3º
1º VENC/COTAS
2º
3º

1º VENC/COTAS
2º
3º
1º VENC/COTAS
2º
3º

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

EXCELSIOR SEGUROS
30 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

FEU-2018

PE Nº 014083312587 BILHETE DE SEGURO DPVAT
GENICLESSON MATEUS BERRA SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA-PE
EXERCÍCIO 2018
DATA EMISSÃO 27/07/18

116.016.064-35
RENAVAM
PLACA PGF7990

HONDA/NXR150 BRO3 E3
MARCA/MODELO
ANO FAB. 2012
ANO MOD. 2012

302KD0550CR308750
Nº CHASSI
PREMIO TARIFARIO

R\$ (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)
CUSTO DO SEGURO (R\$)

100% A SEU FAVOR SEGURO (R\$)
PAGAMENTO
PARCELADO

COTA ÚNICA
DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É NECESSÁRIO PARA TRANSFERÊNCIA

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DETRAN

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDO FINS QUE MINHA CONTA BANCÁRIA NÃO POSSUI LIMITE E ESTÁ ATIVA CONFORME DOCUMENTO BANCÁRIO.

SERRA TALHADA, 09 de 11 de 2018



X Gaieleben Mateus Bezerra Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565776 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180565776 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS **Data do acidente:** 17/09/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA+PARAFUSO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Geniclebson Mateus Bezerra Santos

portador(a) do documento de identidade nº 9.212.560, expedido por SDS-PE, em

01/06/2017, inscrito no CPF sob o nº 116.016.064-35, residente na

Rua Vinte e Um, nº 5

complemento Casa, Bairro Boa Mal, cidade

Serra Talhada, Estado PE

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

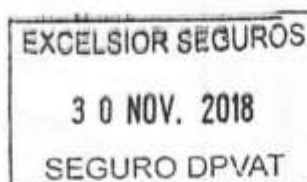
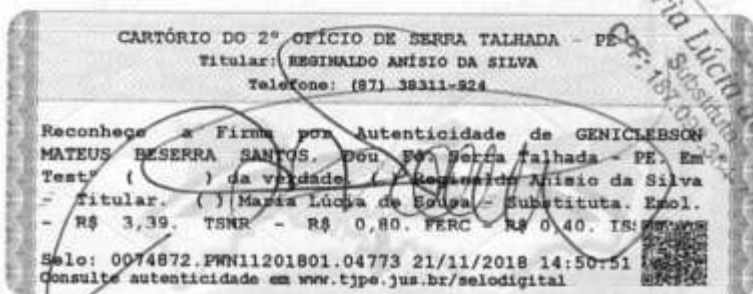
complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Serra Talhada 09 de 11 de 2018

Outorgante X Geniclebson Mateus Bezerra Santos



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0434963/18

Vítima: GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTO

CPF: 116.016.064-35

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/09/2018

Titular do CPF: GENICLEBSON MATEUS
BESERRA SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

GENICLEBSON MATEUS BESERRA SANTOS : 116.016.064-35

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 30/11/2018
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO