

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

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

Rio de Janeiro, 13 de Outubro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190554581**

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAILTON SILVA RALF

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: DAILTON SILVA RALF

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002080-P

Conta: 00000508562-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: **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: **CAETÉS VELHO** Cidade: **ABREU E LIMA** Estado: **PE** CEP: **53.550-540**
 E-mail: **falluriospe@hotmail.com (81)98721.5834** Tel.(DDD): **(181) 3538-0069**

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: **2080** CONTA: **0508562 4**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

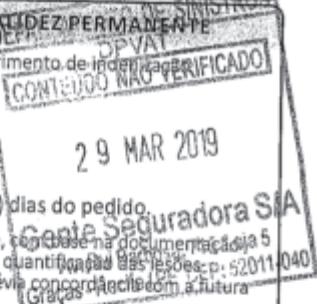
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 5 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
Vivos: Falecidos: Vítima deixou
nascer (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
páis/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Abreu e Lima/PE 25/03/2019**

Nome: _____

CPF: _____

Dailton Silva Ralf
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA DE 1º Nome: _____ CPF: _____	DEPARTAMENTO DE 2º Nome: _____ CPF: _____
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	
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.



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ABREU E LIMA

27ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

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



513593

0108749/19

550027

0334785/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0117000760

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

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

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

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DAILETON SILVA RALF (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M: MARIA DO SOCORRO DA SILVA Pat: DILTON CORREIA RALF Data de Nascimento: 19/5/1981 Naturalidade: CAMPO FORMOSO / BAHIA / BRASIL Endereço Residencial: RUA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - CEP: 0 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

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

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

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

Placa: KJY2790 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Complemento / Observação

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

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

Railton Silva Baff
DAULTON SILVA RALF
(VITIMA)

Ademir Demetrio

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





POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ABREU E LIMA

27ª CIRCUNSCRIÇÃO

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

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



513593

0108749/19

550027

0334785/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0117000760

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

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

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

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DAILETON SILVA RALF (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M: MARIA DO SOCORRO DA SILVA Pat: DILTON CORREIA RALF Data de Nascimento: 19/5/1981 Naturalidade: CAMPO FORMOSO / BAHIA / BRASIL Endereço Residencial: RUA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - CEP: 0 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

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

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

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

Placa: KJY2790 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Complemento / Observação

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

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

Railton Silva Baff
DAULTON SILVA RALF
(VITIMA)

Ademir Demetrio

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: **CAETÉS VELHO** Cidade: **ABREU E LIMA** Estado: **PE** CEP: **53.550-540**
 E-mail: **falluriospe@hotmail.com (81)98721.5834** Tel.(DDD): **(181) 3538-0069**

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

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

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> 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)

AGÊNCIA: **2080** CONTA: **0508562 4**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

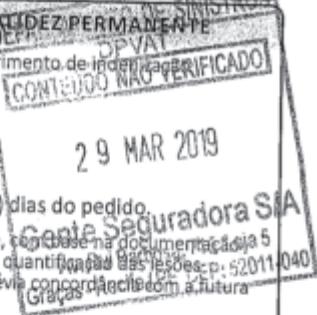
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atende 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 5 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
Vivos: Falecidos: Vítima deixou
nascer (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou
páis/avós vivos? Sim Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: **Abreu e Lima/PE 25/03/2019**

Nome: _____

CPF: _____

Dailton Silva Ralf
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHA DE DPVAT	1º Nome: _____	CPF: _____
DEPARTAMENTO DE DPVAT	2º Nome: _____	CPF: _____
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO	Assinatura	Assinatura
26 SET 2019	Assinatura	Assinatura
26 SET 2019	Assinatura	Assinatura
Assinatura	Assinatura	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.



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda 11 de Março de 2019

DECLARAÇÃO

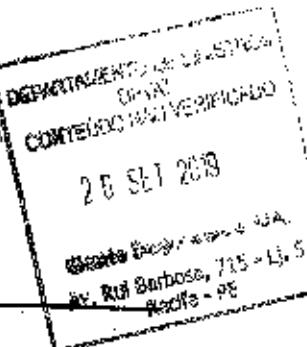
0108749/19

Declaramos que na ficha do atendimento nº 1430114, 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
Márcia 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

Último da Classificação de Risco - Protocolo
Data e hora registrada da senha: 03/03/2019 15:34

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMP

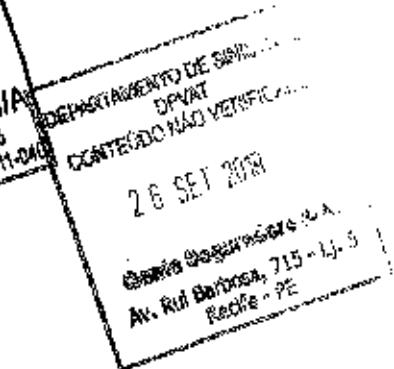
Nome Paciente: DALTON SILVA RALFE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0190
Convênio:
Atendimento:
SAME:
P

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

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

Localidade:
UF:
COR:
COR: VERDE

Sintoma Principal: DOR EM OMBRO ESQUERDO. RELATO COLISAO MOTO-CARO
Observação: ALERGIA -
Exame/ograma/sintoma: TRAUMA
Sintomas/Indicações: - DOR LEVE (1-3/10)
Localidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



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

Data Impressão: 03/03/2019 15:46

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

BRADESCO9102019050000000002370208000000508562168750 PAGO

CAIXA

A vida pede mais que um banco

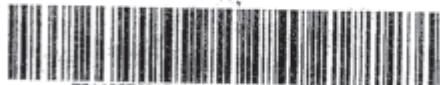


CTC RECIFE PE PL2 DATA DE POSTAGEM: 01/03/2015

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



230



7211307021288323205621B18830010319

98272



NOTIFICAÇÃO DE DEBITO

DADOS DO CLIENTE
 ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRÍCULA: 103668667 N.º 9.281672
 R. JOAQUIM NABUCO, N.º 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
 0
 INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO:7 DEB. AUTOMATICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A175224252	DATA LEIT. ANTERIOR 29/01/2019	DATA LEIT. ATUAL 28/02/2019		TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL

NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL N° 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE QUE, CASO OS DÉBITOS NAO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A SUSPENSAO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS DOCUMENTOS DE REGULARIZACAO EM SEU IMÓVEL PARA APRESENTACAO AOS NOSSOS FUNCIONÁRIOS. PAGUE EM DIA SUAS CONTAS, EVITE O CORTE E A NEGATIVACAO DO SEU NOME NO SPC SERASA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

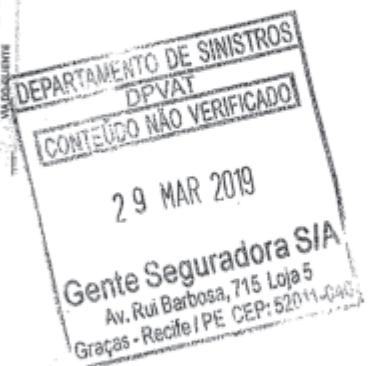
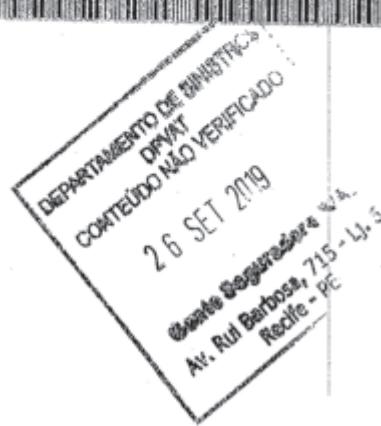
REFERENCIA CONTA 01/2019	VENCIMENTO 15/02/2019	VALOR(R\$) 105,07
-----------------------------	--------------------------	----------------------

EMISSAO: 22/02/2019

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

VENCIMENTO: TOTAL A PAGAR: 105,07

52350000021-9.05070018165-9.10366866709-6-12816331215-6



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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

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

Declaro Profissão: _____ Renda: _____

e apresento os documentos comprobatórios DPVAT

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

29 MAR 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rio Branco, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço **Av. Joaquim Nabuco, 26 SFT 2019** anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

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

Abreu e Lima/PE/ 25 de Março de 2019

Rossana Lígia Fernandes Ralf
Assinatura do Declarante

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente DALTON SILVA RALF

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

O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 03 / 03 / 2019

Nº do B.O. 19E0117000760

Diagnóstico Fráxise da clavicula esquerda

Tratamento Gwaleos - OSTEOPROTESE C/ Phena + D6 PAMFOS

Sequelas 1. Deformentación anatómica

2. limitaciones en movimientos de fijos-expansos

Data da alta ambulatorial definitiva 16/09/19

Abreu e Lima, 16 de Setembro de 2019

Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CRM-E 8594
CPF 772.576.334-04
NÃO AUTORIZA TROCA

Médico (CRM)

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 202427

Nascimento: 19/05/1981

Responsável:

Prontuário: 764571

Sexo: Masculino

Nome: DAILTON SILVA RALF

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

Idade: 37 Anos, 9 Meses e 13 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 04173424469

Identidade: 5425833

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Nome do Pai: DILTON CORREIA RALF

Endereço: AVENIDA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, JARDIM CAETES, CEP: 53560030, N° 416, ABREU E LIMA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID: 5420

RESUMO DE INTERNAMENTO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

EGA

EXAME FÍSICO GERAL:

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

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

ND

ABDOMEN:

NDN

- GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

HIPÓTESE DIAGNOSTICA:

FX DE CLAVICULA ESQ.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDICÕES DE ALTA:

DATA:

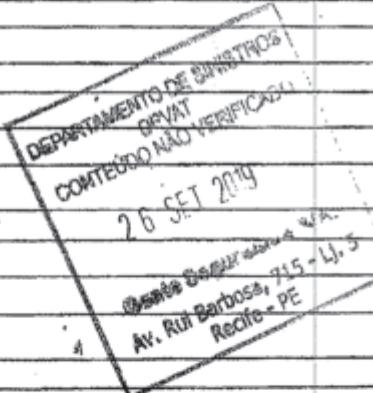
08/03/19 com Rutherford

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Ailton Alves

CRM-PE 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259



Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO
F.A.T.SAM.01

REVISÃO
00

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

NOME: Daiton Silva Ralf

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

RG: 5425833 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDEREÇO: Av. Amâncio Lacerda de Andrade nº 416
Caetés Velho Abreu e Lima.

NOME DA MÃE: Maria do Socorro da Silva

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

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

DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavicula Esquerda

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de
Fratura da Clavicula Esquerda +
Tratamento de Retração muscular +
Neurólise + osteotomia

MÉDICO: Arnaldo José macedo

CREMEPE: 16658

JABOATÃO DOS GURARAPES, 21 DE Março DE 2019.

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Cir. Ombro / Cotovelo
CRM-PE 16.849 / MEOT: 13351

MÉDICO



Nome do paciente:	W. Cíltou Selva Ralf		
Clinica:	Ortopédia	Enfermaria:	15
Nº prontuário:	20242	Nº AIH:	
Diagnóstico principal (constante no laudo médico):	Osgart Frat clávicular esq + osteomia + Ret.		
Procedimento solicitado:	Osgart Frat clávicular esq + osteomia + Ret.		
Tempo de permanência previsto:	01/08/2018 + 01/09/2018		
Procedimento realizado:	Osgart Frat clávicular esq + osteomia + Ret.		
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião	Mixuel + Almeida	0103202
02	1. Auxílio cirúrgico	W. Valdo Coimbra	DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
03	2. Auxílio cirúrgico		
04	3. Auxílio cirúrgico		
05	Demais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesistas	W. Mireille Savoia	Gente Seguradora SIA Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5 Graciosa - Recife / PE CEP: 54011-040
07	Clinico		
08	Clinico		
Procedimentos especiais: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mudança de procedimento <input type="checkbox"/> Uso de prótese órtese <input type="checkbox"/> Diária de uti <input type="checkbox"/> Uso de fatores de coagulação <input type="checkbox"/> Diária de acompanhante <input type="checkbox"/> Vacina Anti-Rh <input type="checkbox"/> Uso de oxigenadores <input type="checkbox"/> Nutrição parenteral <input type="checkbox"/> 			
Resumo do caso: PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA AMBULATORIO C/ ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.			
Diagnóstico principal:	Osgart Frat clávicular esq + osteomia + Ret.		
Diagnóstico secundário:	Osteolise + retacar + ressecção + pseudarthrose		
Motivo da alta:	Alta com ferimento		
Internação:	04/03/19	Altas:	08/03/19
Dias de hospitalização:			

Secretaria de Saúde - PJGE
Dona Cecília de Castro e Almeida
Maria Cecília Mac Donald Dallal
Medica Auxiliar SUS CRM: 8922
CPF: 236.726.884-00

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019

Gente Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Graciosa - Recife - PE

Reque. Farmácia Wagner
Médico
Ortopédico
Ortopédico
CID: 3420

Laudo para solicitação de autorização de internação

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: DAILTON SILVA RALF

PRONTUÁRIO: 764571

SOLICITO:

RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA AP E ZANCA

DR(a): OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Elder Canafio
Ortopedia
CRM/PE 22073



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 ESG (040801011-8) + TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA (040801015-0) + TRATAMENTO DE RETRAÇÃO MUSCULAR (040806067-0)

Data: 07/03/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

05. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA ASSEPSIA E ANTISSEPSIA APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA DISSECCAO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DÉ FOCO DE FRATURA NEUROLISE DE NERVOS SUPRA-CLAVICULARES LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE OSTEOTOMIA DE BORDAS DA CLAVÍCULA PARA ALINHAMENTO E REDUÇÃO REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICais LAVAGEM COM SF REVISÃO DA HEMOSTASIA FECHAMENTO POR PLANOS

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

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO	CNES	5356067

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente DAÍLTON SILVA RALF				Nº Prontuário 764571					
Cartão Nacional do SUS		Data de Nascimento 19/05/1981	Sexo <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td><input checked="" type="checkbox"/> Masculino</td><td><input type="checkbox"/> Feminino</td></tr><tr><td>X</td><td>1</td></tr></table>	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino	X	1	Raça/Cor 03 - Parda	Etnia 0000 - Não Se Aplica
<input checked="" type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino								
X	1								
Nome da Mãe MARIA DO SOCORRO DA SILVA			Telefone de contato						
Nome Responsável MARIA DO SOCORRO DA SILVA									
Endereço (Rua, Nº, Bairro) AVENIDA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - JARDIM CAETES									
Município ABREU E LIMA		IBGE 260005	UF PE	CEP 53560030					
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNACÃO									

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

paciente com ex de clavícula esq. encaminhado da UPA de Olinda. Reverte acidente de moto.

Condições que Justificam a Intimação

CIRURGICO

Principais Resultados de Provas Diagnósticas

Diagnóstico Inicial / Código	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Causas Associadas
FX DE CLAVICULA ESQ.			

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Descrição do Procedimento Solicitado

TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPHAS

Clinica Carater da Internação Documento Nº do Documento (G13/GPF) do Profissional Solicitante/Assistente

CIRÚRGICA	2	() CNS () OPF	Data da Solicitação Assinatura e Carimbo (Obrigaatório do Conselho)	
Nome do Profissional Solicitante/Assistente		04/03/2019		

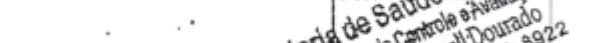
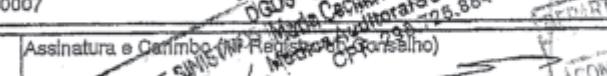
« PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

<input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bilhete	Série
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO
<input type="checkbox"/> Acidente Trabalho Trajeto			

Vínculo com a Previdência

Empregado Empregador Autônomo Desempregado Aposentado Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

Nome do Profissional Autorizado MARIA CECILIA MAC DOWELL		Cód. Órgão Emissor DGOS - Centro de Controle e Avaliação Maria Cecilia Mac Dowell Dourado CRM-5922	Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AJH)
Documento (X) CNS () CPF	Nº do Documento (ONS/OPF) do Profissional 201533356580007		
Data da Autorização	Assinatura e Carambó (NP, Representante ou Conselho)		
			

Cód. Órgão Emissor: 10
Carteira de Saúde
de Controle e Atenção
à Saúde
Dourado
- 1922

Nº da Autorização da Internação
Hospitalar (AIH)

Documento	Nº do Documento (ONS/CPF) do Profissional
(X) CNS () CPF	201533356580007
Data da Autorização	Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Nº da Autorização da Internação
Hospitalar (AJH)

MENTO DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO

08/03/2019

29/11/2010
Genito Seguradora S/A
Av. Ribeirão Barrosa, 719 Loja 5
Gravatá - Recife/PE CEP: 52011-040



RECEBIMENTO 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

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

DECLARAÇÃO

Eu, DAILTON SILVA RALF

RG 5.425.833, CPF 041.734.244-69, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 03/03/2019 fui socorrido por Populares

e levado ao Hospital UPA DE OLINDA

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

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

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção"

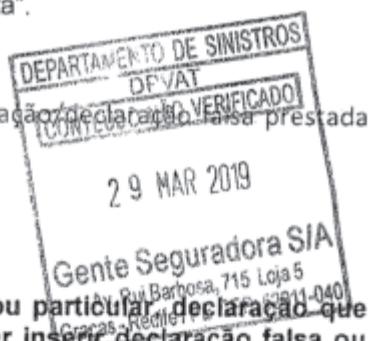
Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:
Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

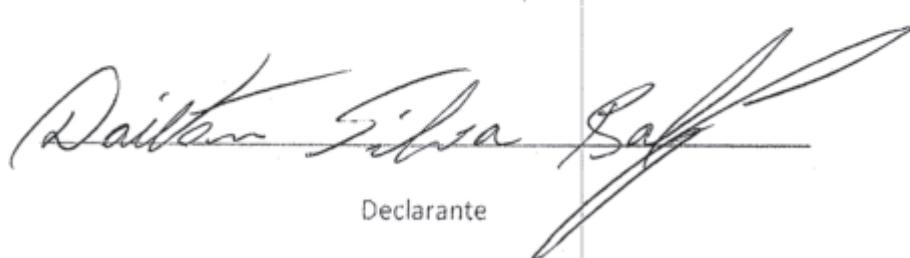
Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação declarada falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declarar que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declarar que diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:
Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.
Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.

Local: _____ UF _____ Data: _____ / _____ / _____




Declarante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554581 **Cidade:** Abreu e Lima **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,
CAETÉS VELHO, ABREU E LIMA - PE, CEP: 53.550-540

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS

Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária

Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00

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

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

26/03/2019
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 Sá, 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 - Escrivente
/ Selo Digital: 0150607.MJJ03201901.02030

consulte autenticidade em www.tabelionatodigital.com.br

