



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Antonio Balbino da Silva, portador da carteira de identidade nº 6849061 e inscrito no CPF/MF sob o nº 013257274-58 residente e domiciliado na Sítio Boa Esperança - N:480-A Cidade Santa Cruz do Rio Verde, Estado Pernambuco, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- (X) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

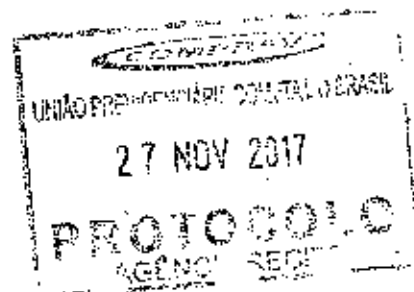
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Antonio Balbino da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Santa Cruz do Rio Verde - 19-09-2017

Local e data





UNIDADE DE SAÚDE SÃO FRANCISCO

CNPJ: 10.769.869/0001-59

Rua Manoel da Cruz, S/N - Centro - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

35 Anu

Data e Hora: 08/09/2017		Nº. Ocorrência	
Nome: Antônio Balbino da Silva		Data Nascimento: 04/07/1982	
Profissão:	Sexo: M	Doc. Ident.:	
End.: Sítio Boa Esperança			
Responsável:			
End/Pone:			
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☒		Acidente de Trabalho ☐	
SUS		Agressão ☐	
100 0039 8332 7308		Consulta ☐	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:

Pte. sobre traumas no tórax

(1) e cotovelo (E) produto de

Acidente de trânsito, está consciente

e orientado

Tratamento:

(1) Curativo local

(2) Dorso (4) + Difenidramina + AD em

(3) Ultrassom (3r) IM 19/10

(4) Rx do tórax (1)

Impressão Diagnóstica:	UNAG PEDIÁTRIA SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE
	27 NOV 2017
	PROTOCOLC

Destino do Paciente:	Residência ☐	Internado ☐	Transferido ☐
----------------------	-------------------------------------	------------------------------------	--------------------------------------

Retorno para o Hospital

Óbito às	horas do dia
----------	--------------

BRABESCO

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:	02/02/2018
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	843,75
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO BALBINO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00586-0

CONTA: 000000035336-1

Nr. Autenticação

BRABESCO020220180500000000002370058600000003533684375 PAGO



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Ballarino da SilvaRG nº 6879067, data de expedição 27/09/17, Órgão SOS: PE

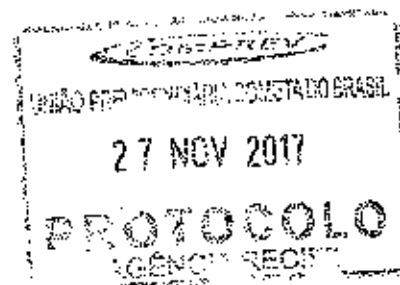
CPF nº 013.957.27458 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Sítio Boa Esperança Co</u>
Número	<u>480</u>
Apto / Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Rural</u>
Cidade	<u>Santa Cruz da Boa Verde</u>
Estado	<u>Paraná</u>
CEP	<u>56895-000</u>
Telefone de Contato	<u>(84)99810-6971 (84)999175072</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Santa Cruz da Boa Verde - 19.09.2017

Assinatura do Declarante: Antonio Ballarino da Silva



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2ª VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO
 AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
 RECIFE, PERNAMBUCO
 CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-08
 INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
 Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
 Ouvidoria 0800 282 5599
 Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
 Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE MARIA ZILDA RIBEIRO DA SILVA CPF: 629.747.994-91 NIS: 16390739355	DATA DE VENCIMENTO 16/11/2017 TOTAL A PAGAR (R\$) 94,16	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 08/11/2017 DATA DA APRESENTAÇÃO 08/11/2017 NÚMERO DA NOTA FISCAL 000433851	CONTA CONTRATO 007016908961 Nº DO CLIENTE 2902270086 Nº DA INSTALAÇÃO 0005943711
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - BAIXA RENDA COM NIS Monofásico RESERVADO AO FISCO 12E8.005B.369E.45B2.588F.0BC4.0AA8.DB1B		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA SI BOA ESPERANÇA 480 - A STA CRUZ DA BAIXA VERDE - RURAL/SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE RURAL 56895-000 SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE PE As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00	0,23633314	7,09
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,00	0,40514252	28,35
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	57,00	0,60771379	34,63
Acrescimo Bandeira VERMELHA			5,90
Contribuição Iluminação Pública			8,30
Doação FUNDAÇÃO TERRA - (087) 3821-1542			10,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
000000003140714592	CAF	09/10/2017	3.941,00	08/11/2017	4.090,00	30	1,00000	0,00	157,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 11/12/2017									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
Interrupção	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
nov/2017					
ONC-Número horas sem Energia	SERRA TALHADA	0,00	10,78	21,46	82,92
FD-Me de vazios sem Energia		0,00	1,67	15,34	30,69
ONV-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	5,78	0,00	0,00
ONCT-Duração de Interrupção em dia crítico					Limite ONCT: 10,60
EUSD-Valor do Encargo de Uso - R\$ 24,52					

Toda Consumidora pode solicitar a operação dos indicadores ONC, FD, ONV e ONCT a qualquer tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES Na data da leitura a bandeira em vigor é a Vermelha. Mais informações em www.aneel.gov.br . O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%aum(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei Nº 10.438 de 26/04/02 - R\$ 41,50. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial. O consumidor pode cancelar a cobrança de serviços de terceiros na fatura a qualquer tempo - Art. 7º REN 581/13	NÍVEL DE TENSÃO	
	TENSÃO NOMINAL(V)	
	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO MÁXIMO	
220 202 231		
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	ALÃO DE PAGAMENTO
007016908961	11/2017	94,16	16/11/2017	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

838000000009 941600110073 016908961100 131539827033



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

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/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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu _____ inscrito (a) no CPF _____ / _____
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário _____ inscrito
(a) no CPF sob o Nº _____ / _____, do sinistro de DPVAT cobertura _____ da Vítima
_____, inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar

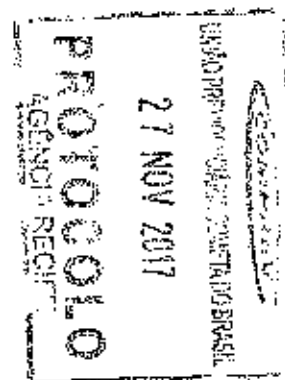
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
Bairro	Cidade	Estado	CEP
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

_____ de _____ de _____
Local e Data

Francisca da Conceição da Costa Junior
Assinatura do Declarante





UNIDADE DE SAÚDE SÃO FRANCISCO

CNPJ: 10.769.869/0001-59

Rua Manoel da Cruz, S/N - Centro - Santa Cruz da Baixa Verde - PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

35 anos

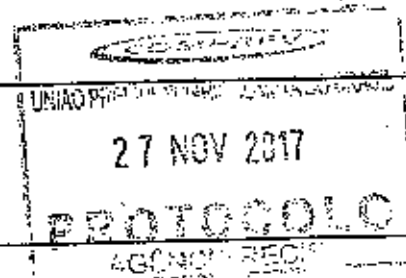
Data e Hora: 08/09/2017	Nº. Ocorrência
Nome: Antonio Balbino da Silva	Data Nascimento: 04/07/1982
Profissão:	Sexo: M Doc. Ident.:
End.: Sitio Boa Esperança	
Responsável:	
End/Fone:	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☒ Acidente de Trabalho ☐ SUS Agressão ☐ Consulta ☐ 700 0039 8332 7308	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
Histórico e Exame Físico: Pte. sobre trauma no joelho (D) e cotovelo (E) proprio in Acidente de trânsito, está consciente e orientado		

Tratamento: (1) Curativo local (2) Difenidramina (4) + Dipirona + AD em (3) Voltaren (30) IM 14h10 (4) Rx do joelho (1)
--

Impressão Diagnóstica:

Rafael Rangel Dias
Médico - CRM-PE 14240
EPC 000412574-05

Destino do Paciente: Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐

Retorno para o Hospital

Óbito às horas do dia



HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 15:59 N° 80

Data e Hora: 08-09-19		Data Nasc.: 07/10/1982	
Nome: Antônio Ballirio da Silva			
Mãe: Maria Elida Ribeiro da Silva			
Profissão: Agricultor	Sexo: M	Estado Civil: Casado	Escolaridade: 4ª Série
Responsável: O mesmo			
End. do Paciente: Sítio Boa Esperança			
Bairro: Rural	Município: Serra Talhada		Fone: 98825-5594
Cartão SUS: 700.0039 8332 7308		Doc. Identidade: 6.819.061	
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:	
☐ Acidente de Trânsito		☐ Preto	
☐ Agressão		☒ Parda	
☐ Acidente de Trabalho		☐ Amarelo	
		☐ Indígena	

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:			
Trauma em coxa + joelho D L5 +			
2L.			
De M + D.			

Tratamento:
Rx de Brio AP:
Rx de joelho D AP. inj
Rx de coxa D AP. inj.
Rx de joelho D AP. inj.
Tob. joelho 6 D.
As. Antibiótico + Dor +
Med. 6 D.

Impressão Diagnóstica:	 UNIAO PROVICINARIL COMITADO DE SAUDE 27 NOV 2017 PROTOCOLO 13326
Destino do Paciente: Residência ☒ Internado ☐ Transferido ☐	
Removido para Hospital	
Óbito às	hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:
Dr. Énio K. de Carvalho
Traumatologia
CRM 13326



HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

BOLETIM DE EMERGÊNCIA 15:59 Nº 80

Data e Hora: 08-09-19		Data Nasc.: 07/10/1982	
Nome: Antônio Galvão da Silva			
Mãe: Maria Cilda Ribeiro da Silva			
Profissão: Agricultor	Sexo: M	Estado Civil: Casado	Escolaridade: 4ª Série
Responsável: O mesmo			
End. do Paciente: Sítio Boa Esperança			
Bairro: Rural	Município: Serra Talhada	Fone: 71 98825-5591	
Cartão SUS: 400.0039 8332 7308		Doc. Identidade: 6.819.061	
Tipo de Atendimento:		Raça/Cor:	
☐ Acidente de Trânsito		☐ Preto	
☐ Agressão		☒ Parda	
☐ Acidente de Trabalho		☐ Amarelo	
		☐ Indígena	

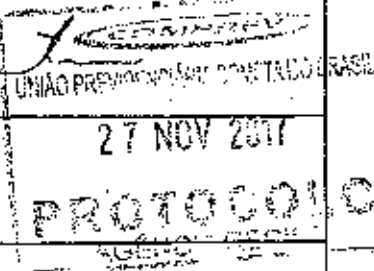
Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:	Peso:
História e Exame Físico:			
Trauma em coxa + joelho D 20 ±			
Dn em M.I.D.			

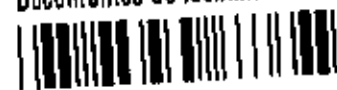
Tratamento:
Rx de Bx. AP
Rx de joelho D AP. Perf
Rx de coxa D AP. Perf.
Rx de joelho D AP. Perf.
Tds. gesso 6 D.
At. Ambulatório + Orti
Me G.S.

Impressão Diagnóstica:
Fratura de Pote D

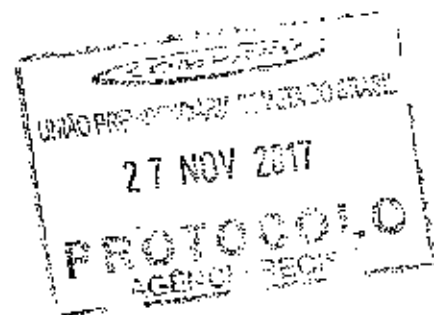
Destino do Paciente: Residência ☒ Internado ☐ Transferido ☐
Removido para Hospital
Óbito às hs do dia

Médico - Carimbo e CRM:
Dr. Enio K. de Carvalho
Traumatologia
CRM 15926





		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL - 1988 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME ANTONIO BALBINO DA SILVA		DOC. IDENTIFICAÇÃO, EMISSOR / UF 6879061 SDS PE	
VALIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 1421704653		CPT 013.257.274-58	DATA NASCIMENTO 07/04/1982
		FILIAÇÃO HORMINO BALBINO DA SILVA MARIA ZILDA RIBEIRO DA SILVA	
		PROFISSÃO ---	ACD ---
		REGISTRO 06563507671	VALIDADE 27/10/2020
RESERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÕES		DATA EMISSÃO 27/03/2017	
LOCAL SERRA TALHADA - PE		41216380939 PER076464620	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Antonio Balbino da Silva</i>		ASSINATURA DO EMISSOR 41216380939 PER076464620	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1421704653		PERNAMBUCO	



9

Outros



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457429/17

Vítima: ANTONIO BALBINO DA SILVA

CPF: 013.257.274-58

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/09/2017

Titular do CPF: ANTONIO BALBINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO BALBINO DA SILVA : 013.257.274-58

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

FRANCISCO MARQUES DA COSTA JUNIOR : 099.123.614-90

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

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/11/2017 —
Nome: FRANCISCO MARQUES DA COSTA JUNIOR
CPF/CNPJ: 099.123.614-90

FRANCISCO MARQUES DA COSTA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2017
Nome: AMANDA CORREIA DA SILVA
CPF: 099.560.394-46

Amanda Correia da Silva
AMANDA CORREIA DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0457429/17
Vítima: ANTONIO BALBINO DA SILVA
CPF: 013.257.274-58

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 08/09/2017
Titular do CPF: ANTONIO BALBINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro
Outros

FRANCISCO MARQUES DA COSTA JUNIOR : 099.123.614-90
Declaração Circular SUSEP 445/12

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.

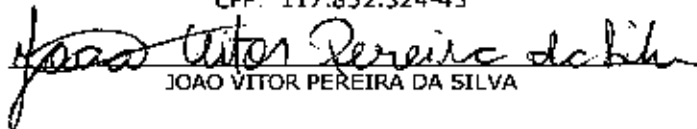
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/01/2018
Nome: FRANCISCO MARQUES DA COSTA JUNIOR
CPF: 099.123.614-90

FRANCISCO MARQUES DA COSTA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/01/2018
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45


JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

Outros



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170635213 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BALBINO DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO JOELHO DIREITO E NO COTOVELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170635213 **Cidade:** Santa Cruz da Baixa Verde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO BALBINO DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE PATELA

Descrição do exame médico pericial: FRATURA DE PATELA DIREITA COM BLOQUEIO/LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE DESTE JOELHO.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO, EVOLUINDO COM A SEQUELA DESCRITA ACIMA. NÃO HÁ RELATO DE FISIOTERAPIA OU DA INDICAÇÃO DE NOVOS PROCEDIMENTOS TERAPÊUTICOS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: EBENONE ANTONIO DA SILVA

CRM do médico: 15122

UF do CRM do médico: PE

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 joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARIANE BALLESTER MELLEM KAIRALA

CRM do médico: 110984

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Antonio Balbino da Silva, brasileiro(a), estado civil: casado
 Profissão: Agricultor, portador(a) do RG 6.879.061, órgão expedidor SDS
 e do CPF: 013.257.214-58, residente no(a) Setor Boa Esperança
 nº 480, bairro: Aurora, município: Santa Cruz da Boa Vista PE.

OUTORGADO:

Nome: Francisco Américo da Costa Junior, brasileiro(a), estado civil: solteiro
 Profissão: Autônomo, portador(a) do RG 8.660.670, órgão expedidor SDS PE
 e do CPF: 099.127.614-90, residente no(a) Rua Augusto José Duarte
 nº 1125, bairro: 7 PC EP, município: Serra Talhada PE.

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima Antonio Balbino da Silva.

Local e Data: Santa Cruz da Boa Vista PE 19-09-2017

Antonio Balbino da Silva

Assinatura do outorgante
 (Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório de Registro Civil e Notas - Santa Cruz da Boa Vista - PE
 Reconheço a firma indicada de por autenticidade (6380718120742) 4
 ANTONIO BALBINO DA SILVA
 que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
 Santa Cruz da Boa Vista, 19/09/2017. Em teste
 João Resende Silva Tabelião

*** Selo: 0076141.QWB06201701.01594***

UNião das Repúblicas do Brasil

27 NOV 2017

PROTOCOLO
 AGÊNCIA REGISTRO

Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **ANTONIO BALBINO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3170635213**

Vitima: **ANTONIO BALBINO DA SILVA**

Data do Acidente: **08/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO MARQUES DA COSTA JUNIOR**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170635213**.

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 12052083



Rio de Janeiro, 24 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ANTONIO BALBINO DA SILVA**

Sinistro: **3170635213**

Vítima: **ANTONIO BALBINO DA SILVA**

Data do Acidente: **08/09/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **FRANCISCO MARQUES DA COSTA JUNIOR**

Assunto: INTERRUÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170635213** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12344292

A/C: ANTONIO BALBINO DA SILVA

Nº Sinistro: 3170635213
Vítima: ANTONIO BALBINO DA SILVA
Data do Acidente: 08/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: FRANCISCO MARQUES DA COSTA JUNIOR

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ANTONIO BALBINO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000586-0

Conta: 0000035336-1

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 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
--	-----	--------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): ANTONIO BALBINO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): SITIO BOA ESPERANÇA, 480 - 480 - Santa Cruz da Baixa Verde/PE - CEP 56895-000

Identificação - Órgão Emissor/UF/Número : 6879061 - sds

Data e Local do Exame : 29/01/2018 RUA JOAQUIM GODOY, 393 - SERRA TALHADA/PE

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

FRATURA DE PATELA DIR APOS ACIDENTE MOTOCICLETA .

Diagnóstico:FRATURA DE PATELA DIR

Exame Físico:LIMITAÇÃO FUNCIONAL IMPORTANTE/ FLEXÃO E EXTENSÃO

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [X] Sim [] Não

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em Boletim de Atendimento Médico? [X] Sim [] Não

II. Descreva a evolução do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações

APRESENTA QUADRO DE DOR EM REGIAO ANTERIOR DO JOELHO .

FRATURA CONSOLIDADA

REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR

LIMITAÇÃO PARA REALIZAR AGACHAMENTO .

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

INVALIDEZ PARCIAL

LIMITAÇÃO FUNCIONAL DO JOELHO DIR / ARTICULAÇÃO DO JOELHO .

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta
avaliação médica deve ser repetida
em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não
existem lesões diretamente
decorrentes de acidente de trânsito
que não sejam suscetíveis de
amenização proporcionada por
qualquer medida terapêutica)

() “Exame não permite conclusão”

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

JOELHO DIR

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

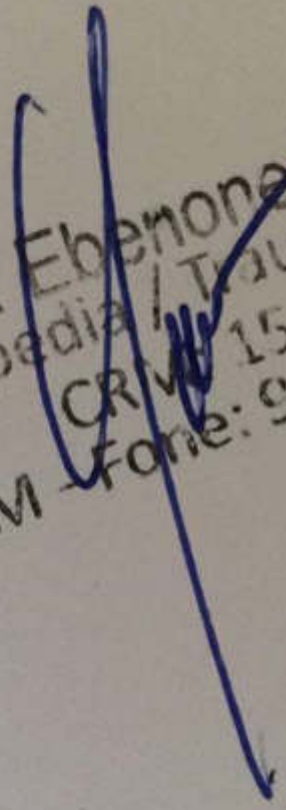
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico – assinale a opção abaixo sempre apresentando a

justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

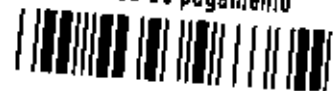
() Total = “100% da IS”

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 15.122
CEM - Fone: 9.9916-0117

EBENONE ANTONIO DA SILVA CRM : 15122 / UF :PE



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

013254274-58

Antônio Balbino da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Antônio Balbino da Silva</u>		CPF titular da conta <u>013254274-58</u>	Profissão <u>Agricultor</u>
Endereço <u>Rua São Francisco</u>		Número <u>430</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>Rural</u>	Cidade <u>STA Cruz da Boa Vista</u>	Estado <u>Pernambuco</u>	CEP <u>56895-000</u>
E-mail	Telefone (DDD) <u>(84) 99810-6971</u>		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☒ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome <u>Bradesco</u> NRO <u>934</u> AGÊNCIA NRO <u>0586</u> D/V <u>7</u> CONTA NRO <u>35336</u> D/V <u>7</u>	
AGÊNCIA NRO. <u> </u> D/V <u> </u> (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. <u> </u> D/V <u> </u> (Informar dígito se existir)		

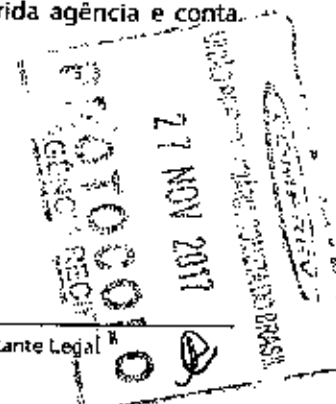
Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

STA Cruz da B. Vista 19 de Setembro de 2017
Local e Data

Antônio Balbino da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





Dia & Noite

EDN - Bradesco Dia e Noite
Transferencia - PL p/ CC

Data 23/09/2017 Hora 09:43
N.Trans 2068 Banco 237
Conta 1003810-3 Valor

Term 062958
Agencia 0586

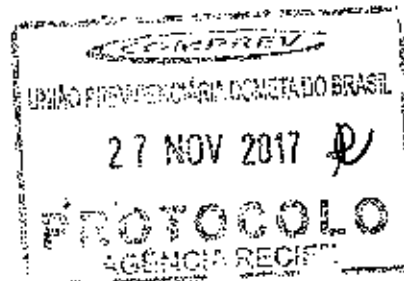
Favorecido:
Banco 237
Agencia 0586 / SERRA TALHADA
Conta 0035338-1

Titular: ANTONIO BALBINO DA SILVA
Nome: FRANCISCO MARQUES DA COSTA JUNIO
Tipo/Conta: 00
Via/Cartao: 03

Cheque-Expresso Bradesco.
Seu talao de cheques em segundos.
Sem pedir no balcao,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Servico de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamacoes e Informacoes
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722-0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana
Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h às 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha um bom dia





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 183ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANTA CRUZ DA
BAIXA VERDE - DP183ªCIRC DINTER2/21ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0273000216

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 19/09/2017 às
16:55**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 8/9/2017 às 13:50**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE,
1, RUA VER. MANOEL DE CALDAS - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA
BAIXA VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: EM FRENTE A
CASA DE DR. JÚNIOR (FISIOTERAPEUTA)
Local do Fato: VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**MIGUEL DA FARINHA (AUTOR/AGENTE)
ANTONIO BALBINO DA SILVA (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

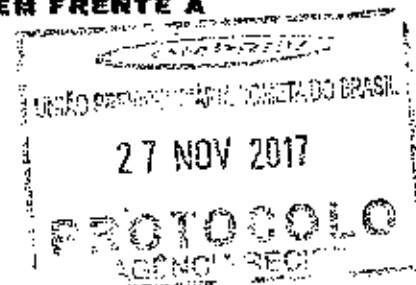
**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
MIGUEL DA FARINHA
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ANTONIO BALBINO DA SILVA**

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

**ANTONIO BALBINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA
ZILDA RIBEIRO DA SILVA Pai: HORMINO BALBINO DA SILVA Data de Nascimento: 7/4/1922
Naturalidade: MANAIRA / PARAIBA / BRASIL Documentos: 6879981/SDS/PE (RG).
91323727452 (CPF). 95263237471 (CNH) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU
INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 87922229853**

**Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 1, SÍTIO BOA
ESPERANÇA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA
VERDE/PERNAMBUCO/BRASIL, FORMALHA DE DIVA**

**MIGUEL DA FARINHA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO**



Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE, 1, SÍTIO COVÃO -**
CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA CRUZ DA BAIXA VERDE/PERNAMBUCO
/BRASIL

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

01 MOTO HONDA NXR 150 BROS ES, ANO 2012/2013, PRETA (VEICULO) de
propriedade do(a) Sr(a): **ANTONIO BALBINO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):
ANTONIO BALBINO DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS** Objeto apreendido: **Não** Número
de Série: **9C2KD8660DR201130**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

01 AUTOMÓVEL GM D-20 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MIGUEL DA**
FARINHA, que estava em posse do(a) Sr(a): **MIGUEL DA FARINHA**
Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHONETE/GM/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VITIMA CITADA COMPARECEU A ESTA DP, ÀS 16:30 HS DESTA DATA,
COMUNICANDO-NOS QUE NO DIA 02/09/17, ÀS 13:20 HS, QUANDO TRANSITAVA PELA
RUA VEREADOR MANOEL DE CALDAS EM SUA JÁ CITADA MOTO, A QUAL TEM PLACA
PPZ-3781/PE, FORA ATINGIDO PELA REFERIDA D-20 (DESTA A VITIMA NÃO RECORDA
A PLACA NEM A COR) PERTENCENTE A MIGUEL DA FARINHA, TOMBANDO EM
SEGUIDA E FRATURANDO O SEU JOELHO DIREITO. ATRAVÉS DO EXPOSTO, TONA-
MOS CIENTES.

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

x *Antonio Balbino da Silva*
ANTONIO BALBINO DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: **ROSENBERG OLIVEIRA DINIZ - MAT. 209.122-4** - Matrícula:
2091224

