

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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707959

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

Data do Acidente: 15/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190707959

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

Data do Acidente: 15/01/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190707959 **Vítima: IRINALDO DE SOUZA**

Data do Acidente: 15/01/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IRINALDO DE SOUZA

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\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **IRINALDO DE SOUZA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000057725-0**

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, 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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

328.104.154-04 Irinaldo de Souza

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

5 - Nome completo:

Irinaldo de Souza

6 - CPF:

328.104.154-04

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Rua Paulino Pires

9 - Número:

90

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Mandacaru

12 - Cidade:

Gravataí

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55646-000

15 - E-mail:

0009083087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

0042

CONTA:

57725

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

0

(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 à que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO 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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer?

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

Gravataí 3/11/19
Irinaldo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181001562**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/09/2019** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **15/1/2017** às **19:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAIRE, 01, ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SITIO JATÓBA, ZONA RURAL** - Bairro: **CENTRO - SAIRE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// (AUTOR \ AGENTE)
JOSE COSTA DE ARRUDA (NOTICIANTE)
IRANILDO DE SOUZA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE COSTA DE ARRUDA

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

JOSE COSTA DE ARRUDA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DO SOCORRO DA COSTA DE ARRUDA** Pai: **HELENO LUIS DE ARRUDA** Data de Nascimento: **2/10/1984** Naturalidade: **SAIRE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7104490/SDS/PE (RG), 06256407482 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, , SITIO JATOBÁ, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

IRANILDO DE SOUZA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA MARQUES DE SOUZA** Pai: **JOSE MARIA DE SOUZA** Data de Nascimento: **25/7/1960** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **2337091/SDS/PE (RG), 32810415404 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE GRAVATA, 90, RUA PAULINO PAES, VILA DE MANDACARU - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

//// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE COSTA DE ARRUDA**, que estava em posse do(a)
Sr(a): **JOSE COSTA DE ARRUDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYT0922** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **1028574239** Chassi: **9C2KC1680FR524769**
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O SENHOR JOSE COSTA DE DE ARRUDA PASSA A DECLARAR QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA TENDO COMO GARUPA O SENHOR IRANILDO DE SOUZA, QUE AMBOS TRAFEGAVAM PELA ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO AO SITIO JATOBÁ, AREA DE SAIRE -PE. QUANDO O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA AO TENTAR DESVIAR DE UM ANIMAL (CACHORRO) QUE ATRAVESSOU A ESTRADA CORRENDO; QUE, AMBOS CONDUTOR E GARUPA CAIRAM AO CHÃO, SENDO QUE O SENHOR JOSE COSTA DE ARRUDA TEVE APENAS PEQUENAS ESCORIAÇÕES E A VITIMA IRANILDO DE SOUZA FICOU LESIONADO E PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HOSPITAL MAIS PROXIMO, (HOSPITAL DR. PAULO VEIGA PESSOA) NA CIADE DE GRAVATÁ-PE, CONFORME REGISTRO DE N° 166785, ASSINADA PELO MEDICO DR. WILSON DE OLIVEIRA, CREMEPE 7803, E DECLARAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL DO AGreste COM REGISTRO DE N° 263.223, DOCUMENTAÇÕES ESTAS APRESENTADAS PELA PROPRIA VITIMA. NADA MAIS A DECLARAR.

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

X Jose Costa de Arruda

JOSE COSTA DE ARRUDA
(NOTICIANTE)

IRANILDO DE SOUZA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CICERO ABILIO DE ALMEIDA** - Matricula: **1581678**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

328.104.154-04 Irinaldo de Souza

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

5 - Nome completo:

Irinaldo de Souza

6 - CPF:

328.104.154-04

7 - Profissão:

Recepcionista

8 - Endereço:

Rua Paulino Pires

9 - Número:

90

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Mandacaru

12 - Cidade:

Gravataí

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55646-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(010) 983087

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0042

CONTA: 57725

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar 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

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado Judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

Sim
 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro/vai nascer?

Sim
 Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim
 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Gravataí 3/11/19
X. Irinaldo de Souza

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 10/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IRINALDO DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 00000057725-0

Nr. da Autenticação 8FEE6A3B2DB2264E

69
1º Tér. de C. de São
Romão 300
Mai 2013

Copy do original

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 166785	Data e Hora do Atendimento 15/01/2017 20:24	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada RECEPÇÃO GERAL
Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:			
Paciente: 000129169 IRINALDO DE SOUZA			
CNS:	Nascimento: 25/07/1960	Idade: 56	Sexo: Masculino
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão:	Naturalidade:	Cor: Sem informação
Documento: Ignorado	Filiação: SEVERINA MARQUES DE SOUZA JOSE MARIA MARQUES DE SOUZA	Nacionalidade: Brasileiro	
Endereço (Av., Rua, etc): PAULINO PARS		90	Complemento:
Bairro: MANDACARU	Cidade: GRAVATA	UF: PE	Telefone:
Acompanhante: GENRRO			
Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Procedência: ZONA RURAL	Meio de Transporte:		
Dados da triagem			

Atendimento Médico:

Data: / / Hora: Médico: CRM: *Wilson de S. M. S.*

Queixa Principal:

Evolução:



*Caro Dr. Wilson de S. M. S.
Assinado Dr. Wilson de S. M. S.
Assinado Dr. Wilson de S. M. S.*

*Wilson de S. M. S.
CRM-PE
CREF-PE*



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessários, que o
Sr. (a) Irinaldo de Souza
Esteve internado nesta Unidade Hospitalar, nos dias ;16/01/2017 a 03/02/2017

REGISTRO: 263.223

Diagnóstico: Fratura de Fêmur .

Tratamento: Cirúrgico.

OBS : CID: s82.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 02 de Maio de 2017

Alessandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - 02/050
Setor de Arquivo (same)

69 794 975/0269 27
PUSNE - H. R. do Regional
03
02/2 - 02/2
02/050
Caruaru - 02/050

RECEITUÁRIO

Unidade:

Nome: Irivaldo do soufe

Registro N°:

Clinica:

Enfermaria:

Quedas de moto
& fracture em
1 distal do
3
coxas). Osteosin-
tese. ver Rx
Iniciar trifosfato-
pico. Sustentando
mantendo apertos
de fraldas
por 90 (noventa) dias
e trabalhando sua
autonomia - sic.
2094

Data

07/09/97

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício

Elida Monteiro de Souza

Ortopedista - Traumatologista

CRM - 10360

1º Lugar

2º Concurso 89

JAT. 295442

RG. 263223

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Irivaldo Souza

Prontuário: 263223

Data: 31/12/2017

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Griet. Feru

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Casa

TRATAMENTO REALIZADO:

Alta Hospitalar: Data: 31/12/2017

Hora: _____

Dr. Nilson Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10360

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

AP.03
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA
RESUMO DE ALTANome: Inivaldo SouzaProntuário: 263223Data: 31/01/2017

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Friet FeruAMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:
Curr

TRATAMENTO REALIZADO:

Dr. Nilson Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660Alta Hospitalar: Data: 31/01/2017Hora: 11



Prefeitura de
GRAVATÁ
A cidade cresce com a gente

Secretaria de Saúde

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Sr. Antônio
José de Santana, é portador de VDST sub-
normal (VZ sombras) além de sequelas de
artrite reumatóide nas mãos além de osteo-
artrites em quase toda a coluna óssea. De-
ambula com dificuldade com o auxílio de
bengalas. Pelas razões acima o mesmo
não tem as mínimas condições laborativas
sendo assim o mesmo solicitado sua Atesta-
tadora por Insalidez (CID H54, H49.5, M20)

30/11
01/5

Frederico Marcos F. Amorim
Médico Clínico
CRM 4281

ATESTADO MÉDICO
NOS TERMOS DA RESOLUÇÃO CPM N° 1851/2008

Declaro para os devidos fins que o(a)Sr(a).

Bruna Flávia Ferreira

É portador(a) da seguinte patologia (CID 10):

A30

Data de inicio da doença:

Há 1 mês e 6 meses

Com as seguintes consequências para a saúde do paciente:

Limitações a comunhão, queda da força de
memória, infusões

A incapacidade que acomete o paciente é (permanente/temporário, total/parcial):

Permanente parcial

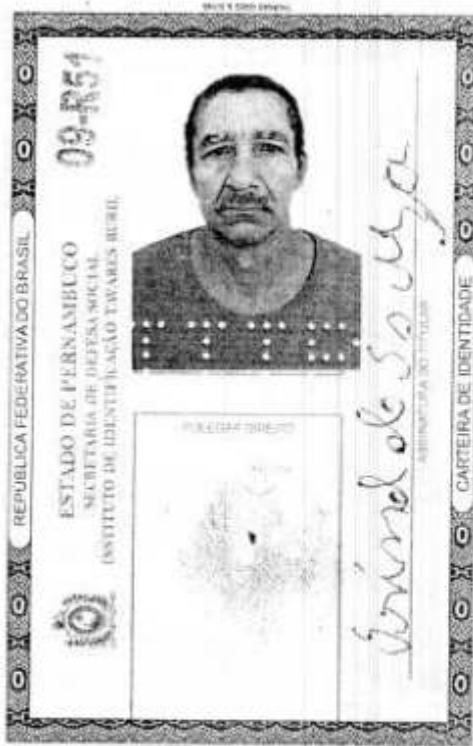
No caso de incapacidade temporária o prazo para a recuperação do paciente é de:

Assinatura e Carimbo do Médico

(CRM n° _____)

Em 28/10/2016


Augusto Cezar da Cunha
Médico
CRM/PE 23333



Sistema Único de Saúde

IRINALDO DE SOUZA

Data Nasc.: 25/07/1960

Sexo: M

700 2054 7668 8725



Carteira Nacional de Saúde



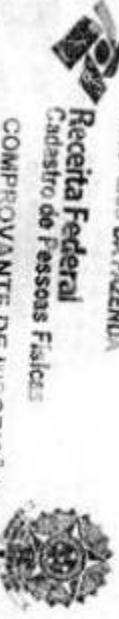
Cartão do Usuário



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

328.104.154-04

Nome

IRINALDO DE SOUZA

Nascimento

25/07/1960

VALÍDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
F19B.FF72.E688.6321

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 14:56:46 do dia 08/08/2012 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 40

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
18 DEZ 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE **Nº 012213758532**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA COD. RENAVAM R.NTR.C. EXERCÍCIO
1 1028574239 ***** 2017

JOSE COSTA DE ARRUDA

RECIFE-PE

CPF/CNPJ: 062.564.074-82 PLACA: CYT0922
PLACA ANT. UF: *****/PE CHASSI: 9C2KC1680FR524769

ESPECIE TIPO: MOTO / MOTO ELETRICA
MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI
ANO FAB: 2014 ANO MOD: 2015
CAP. PTO. C: 2P/149CL UNIQUIM: PARTIC PRETA
COTA UNICA: VENC. COTA UNICA: 1º *****
PAIXA IPVA: PARCELAMENTO / COTAS: 2º *****
A 1 TERCEIRAS: 3º *****

PRÉMIO TARIFÁRIO: R\$ 116,00 PAGAMENTO: DATA DE PAGAMENTO: 01/02/2017
SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

RECIFE DATA: 02/02/17
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012213758532 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE COSTA DE ARRUDA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

RECIFE-PE EXERCÍCIO: 2017 DATA EMISSÃO: 02/02/17

VIA: 062.564.074-82 PLACA: CYT0922
RENAVAM: 1028574239 MARCA / MODELO: HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB: 2014 CAT. IPVA: 09 CHASSI: 9C2KC1680FR524769

PRÉMIO TARIFÁRIO:
FATURADO: DETRAN (R\$): CUSTO DO SEGURO (R\$):
SEGURADO: PAGAMENTO: DATA DE QUITAÇÃO:
COTA UNICA: PARCELADO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.600/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTO OBRIGATÓRIO.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190707959 **Cidade:** Sairé **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IRINALDO DE SOUZA **Data do acidente:** 15/01/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura do 1/3 distal do fêmur direito.

Descrição do exame Ao exame apresentando marcha claudicante, com hipotrofia do quadríceps direito com encurtamento do membro físico: com rigidez em semi flexão do joelho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com placa e parafusos para redução da fratura.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do membro inferior direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/01/2020

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		Total	35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0458410/19

Vítima: IRINALDO DE SOUZA

CPF: 328.104.154-04

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/01/2017

Titular do CPF: IRINALDO DE SOUZA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IRINALDO DE SOUZA : 328.104.154-04

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: 18/12/2019
Nome: IRINALDO DE SOUZA
CPF: 328.104.154-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

IRINALDO DE SOUZA

JONATAN BARBOSA DE BARROS

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190707959**

Nome do(a) Examinado(a): **IRINALDO DE SOUZA**

Endereço do(a) Examinado(a):

RUA PAULINO PAES, 536 - Mandacaru - Gravatá - PE - CEP 55646-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **2337091**

Data e local do acidente: [**15/01/2017**] **Sairé**

Data e local do exame: [**03/01/2020**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do 1/3 distal do fêmur direito.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame apresentando marcha claudicante, com hipotrofia do quadríceps direito com encurtamento do membro com rigidez em semi flexão do joelho direito.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento cirúrgico sendo realizado osteossíntese com placa e parafusos para redução da fratura.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[**X**] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do membro inferior direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo 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 (*).

() "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)

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

Região Corporal (Sequela):

Membro inferior direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou
a valoração do dano corporal.



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE