
Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432520

Vítima: RODRIGO SILVA CORDEIRO

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO SILVA CORDEIRO

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

Rio de Janeiro, 18 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432520

Vítima: RODRIGO SILVA CORDEIRO

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO SILVA CORDEIRO

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432520 Vítima: RODRIGO SILVA CORDEIRO

Data do Acidente: 15/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RODRIGO SILVA CORDEIRO

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

Declaração do Proprietário do Veículo	Apresentar o formulário "Declaração do Proprietário do Veículo" para validar o acidente noticiado. O formulário, disponível em nosso site, deverá ser preenchido e assinado, com reconhecimento de firma por autenticidade, pelo proprietário do veículo em que a vítima estava no acidente.
--	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432520

Vítima: RODRIGO SILVA CORDEIRO

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RODRIGO SILVA CORDEIRO

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\$ 2.362,50

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **RODRIGO SILVA CORDEIRO**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000002551**

Conta: **0000039175-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 29 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432520

Vítima: RODRIGO SILVA CORDEIRO

Data do Acidente: 15/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RODRIGO SILVA CORDEIRO

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 28/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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

Id. do sinistro ou Ass.: _____ CPF da vítima: **053.343.924-83** Nome completo da vítima: **RODRIGO SILVA CORDEIRO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO (CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012)

Nome completo: **RODRIGO SILVA CORDEIRO** CPF: **053.343.924-83**

Profissão: **REC. INF.** Suplência: **PO DO LIVRAMENTO** Número: **100 A** Complemento: **CASA**

Bairro: **JUNCO** Cidade: **VERTENTES** Estado: **PE** CEP: **55770-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(81) 9665-0454**

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

RENDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itbi (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **39175** **5**

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a criação 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 do 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes no acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, desde que esta autorização não signifique prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do cliente, 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 art. 299 do Código Penal.

Local e Data: **VERTENTES PE 05/07/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública ao teor do conteúdo, anexo do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



535254
0241573 / 19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 131ª CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ªCIRC
DINTER1/17ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0221000392**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **10/06/2019** às **14:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **15/4/2019** às **08:40**

Fato ocorrido no endereço: **LIVRAMENTO, 1, POVOADO DO LIVRAMENTO, PROX. A ESCOLA, PE-090**
- Bairro: **CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ADEMILSON JOSE DOS SANTOS (OUTRO)
RODRIGO SILVA CORDEIRO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO SILVA CORDEIRO**

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

RODRIGO SILVA CORDEIRO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA CECILIA DA SILVA** Pai: **GAUDENCIO ALVES CORDEIRO** Data de Nascimento: **5/2/1985** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **LIVRAMENTO, 1, POVOADO DO LIVRAMENTO, JUNCO. PROX. A CILÓ QUE MATA PORCO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ADEMILSON JOSE DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADEMILSON JOSE DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RODRIGO SILVA CORDEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

17 JUL 2019

Genio Regi: 2019 514

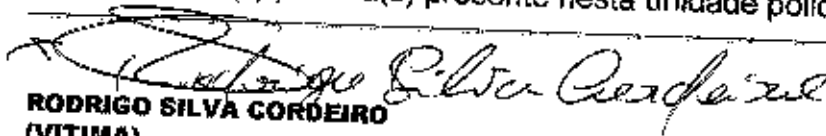
10/06/2019 14:14

Placa: **DYW7778** (PERNAMBUCO/SURUBIM) Renavam: **931972906** Chassi: **9C2KC08208R006166**
 Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**

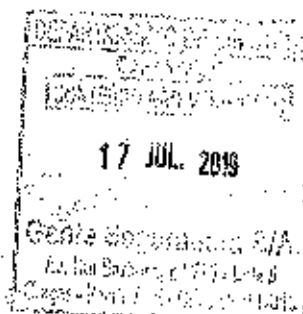
Complemento / Observação

A VÍTIMA VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA DE PLACA DYW-7778, NA DATA ACIMA CITADA, TRAFEGANDO NO SENTIDO CENTRO DO POVOADO DO JUNCO A PE-090 E PROXIMO AO COLEGIO DAQUELA LOCALIDADE, DERAPOU O PNEU DIANTEIRO DA REFERIDA MOTOCICLETA, FAZENDO COM QUE A VÍTIMA VINHESSE A PERDER O CONTROLE DA MOTO E POR ISSO VEIO A CAIR DELA E CONSEQUENTEMENTE SOFREU LESÕES GRAVES EM SUA PERNA ESQUERDA. LOGO APÓS O ACIDENTE A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA NA CIDADE DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA PARA O HRA NA CIDADE DE CARUARU, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRURGICO.

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


RODRIGO SILVA CORDEIRO
 (VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ANDERSON EDSLEY PEREIRA DA COSTA** - Matrícula: **296784-7**



10/06/2019 14:19

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Id. do sinistro ou Ass.: _____ CPF da vítima: **053.343.924-83** Nome completo da vítima: **RODRIGO SILVA CORDEIRO**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO (CIRCULAR SUSEP Nº 448/2012)

Nome completo: **RODRIGO SILVA CORDEIRO** CPF: **053.343.924-83**

Profissão: **REC. INF.** Suplência: **PO DO LIVRAMENTO** Número: **100 A** Complemento: **CASA**

Bairro: **JUNCO** Cidade: **VERTENTES** Estado: **PE** CEP: **55770-000**

E-mail: _____ Tel. (DDD): **(81) 9665-0454**

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

DADOS CADASTRAIS

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$5.000,00 ☐ R\$5.001,00 A R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (1001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **39175** **5**

(Informar o dígito se existir) (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 quem eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a criação 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 do 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes no acidente da trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 2º, §1º, dada a nítida compreensão de que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separação Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estar do cliente, 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 art. 299 do Código Penal.

Local e Data: **VERTENTES PE 05/07/2019**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rodrigo Silva Cordeiro

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar fé pública ao teor do conteúdo, anexo do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr.(a) **Rodrigo Silva Cordeiro**, *Esteve Interno Nesta Unidade de Saúde no dia 15/04/2019 a 16/04/2019*. Registro Hospitalar: 337021.

OBS.: **Vitima de Acidente de Trânsito.**

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 13 de Maio de 2019

109.794.975/0269-271
FUSAD - Hospital Regional do Agreste
BR 232, Km 130
Indianópolis - CEP 55000-080
Caruaru - PE

[Assinatura]
Setor de arquivo(same)

17 JUL 2019

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: 11/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RODRIGO SILVA CORDEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000039175-5

Nr. da Autenticação EB7ADB4897A4FEA5



DADOS DO CLIENTE

ALUNO: ALAN CARLOS DA SILVA

CPF: 028 008 484-13

CLASSIFICAÇÃO
B1 - RESERVA
RESERVA

DATA DE NASCIMENTO: 05/11/2000
LUGAR: LULA
MUNICÍPIO: LULA
UF: PE
CEP: 55000-000

Colégio Anhanguera
Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária
RUA JOSEFA DE OLIVEIRA, 100 - JARDIM ARAUCÁRIA
JARDIM ARAUCÁRIA - RECIFE - PE
FONE: (011) 3445-1111

ENDEREÇO DA UNIDADE EDUCACIONAL
RUA DO ARAUCÁRIA, 100 - JARDIM ARAUCÁRIA

ALUNO: ALAN CARLOS DA SILVA
VERIFICAÇÃO
5576-200

DATA DE NASCIMENTO: 05/11/2000
LUGAR: LULA
MUNICÍPIO: LULA
UF: PE
CEP: 55000-000

Colégio Anhanguera
Centro de Estudos e Pesquisas em Educação, Cultura e Ação Comunitária
RUA JOSEFA DE OLIVEIRA, 100 - JARDIM ARAUCÁRIA
JARDIM ARAUCÁRIA - RECIFE - PE
FONE: (011) 3445-1111

TOTAL DA FOLHA

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	57,28	57,28
2	1	0,76	0,76
3	1	0,48	0,48
4	1	0,28	0,28
5	1	0,28	0,28

ITEM	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
1	1	57,28	57,28
2	1	0,76	0,76
3	1	0,48	0,48
4	1	0,28	0,28
5	1	0,28	0,28

17 JUL 2009

RECIFE - PE, 17 DE JULHO DE 2009
ASS: [Assinatura]

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 221205 (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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Peço exposto, eu EDUARDO JOSE DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário RODRIGO SILVA CORDEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.343.924 / 83, do sinistro do DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima RODRIGO SILVA CORDEIRO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.343.924 / 83, 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.

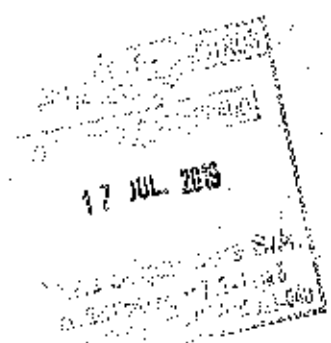
Endereço		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
E-mail	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
ARSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR	(81) 9665-0454		(81) 8333-5022

SURUBIM de 05 de JULHO de 2019

Local e Data



Assinatura do Declarante



VERTENTES (PE), 18 de JULHO 2019.

A LIDER SEGUROS DPVAT

VITIMA: RODRIGO SILVA CORDEIRO
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO Nº 3190432520

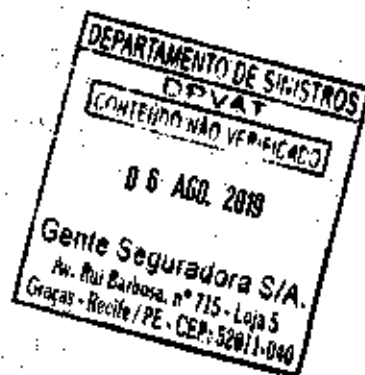
Prezado Senhor,

Informo que por ocasião do meu acidente de trânsito, ocorrido em 15/04/2019, me encontrava conduzindo a motocicleta HONDA CG 150 TITAN ESD, de placa DYW 7778, que não é de minha propriedade, e que não conheço o proprietário. Fui apenas vítima de um acidente que me deixou com seqüelas e não tenho responsabilidade nenhuma se o proprietário da mesma não a deixa em dias.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que seja concluída a regulação do meu processo, em seguida que seja encaminhado para liberação do pagamento pela LIDER da indenização a que faço "JUS".

Nestes Termos
Espera Deferimento

X 
RODRIGO SILVA CORDEIRO
VITIMA/BENEFICIARIA



SOLICITAMOS QUE PROSSIGAM COM A REGULAÇÃO,
UMA VEZ QUE ESTA PENDÊNCIA NÃO MAIS SE JUSTIFICA,
DE ACORDO COM A CIRCULAR DIREG - 014/2019.



Data e Hora da Chegada

15/04/2018 às 09:54

Unidade: 2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA

Paciente: 29547-1 RODRIGO SILVA CORDEIRO

Nascimento: 05/02/1995

Sexo: Masculino RG

Idade: 34 anos, 4 meses e 20 dias

Município: VEREUNTES

UF: PE

Egradiário: NÃO DECLARADO, S/N

Localidade: POVOADO DO LIVRAMENTO

Profissão:

Telefone (81): 39774644 / ()

CNS Pac: 706806797022629

Celular: ()

Nome Mãe: MARIA CECILIA DA SILVA

Ass. Paciente ou Resp.

Nome Responsável, Quando menor:

Posição

Grau Parentesco:

Nº Registro

30118-1

DADOS DA TRIAGEM

Data	Hora	Profissional	Descrição
15/04/2018	10:01	AGENCIA INTEGRADA	120-35 - Observação: Exatidão da queda de todos os exames em 1h

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - OBSERVAÇÃO

Data	Hora	Rotina	Profissional	Descrição
------	------	--------	--------------	-----------

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

Código	Código	Hipótese	Profissional
001	M781	VALGIA	22511 - JOSÉ LSON NOGUEIRA SILVA
VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO			
FRATURA DE FIBULA			

PROCEDIMENTOS

Código	Procedimento	Profissional	Data
00100001	ATENDIMENTO DE URGENCIA E/OU ATENCAO ESPECIALIZADA		
00210001	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	22511 - JOSÉ LSON NOGUEIRA SILVA	15/04/2018

MEDICAMENTOS

Código	Medicamento	Concentração	Posologia
--------	-------------	--------------	-----------

EXAMES

Código	Exame	Observação
--------	-------	------------

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES

Data	Hora	Medicações/Orientações - Execução	Responsável/Prescrição
15/04/2018	10:28	DIPIRONA 300MG 10/2 ML INJ - AVALIAÇÃO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS	JOSÉ LSON NOGUEIRA SILVA
15/04/2018	10:28	INTRAVENOSA (Uso Externo) TRAMADOL 50 MG/ML INJ - AVALIAÇÃO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS	JOSÉ LSON NOGUEIRA SILVA
		VENOSA (Uso Externo)	

Próxima Responsável

Toritama, 27 de Junho de 2019.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 109/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **RODRIGO SILVA CORDEIRO**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **RODRIGO SILVA CORDEIRO** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de encaminhamento sob o registro nº 30119-1 no dia 15/04/2019. Atendido e em seguida sendo **LIBERADO**.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Mateus Tavares
Portaria 387 SMS
Coordenador da Unidade de Saúde
Mateus Emanuel Tavares
Coordenador de Unidade de Saúde



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

Data: 10/08/2019

Hora: 14:18:52

Delegacia de Polícia de Repressão ao Roubo e Furto de Veículos

Informações do veículo de placa : DYW7778

Nome proprietário: ADEMILSON JOSE DOS SANTOS

CPF do proprietário:

UF: PE

Espécie: PAS

Marca: HONDA

Cor: AZUL

Município: SURUBIM

Logradouro: R SEVERINO ALEXANDRE SILVA S/N

Número:

CEP: 55750-000

Complemento:

Chassi: 9C2KC08208R006166

Renavam: 931972906

Licenciamento: 474.96

IPVA: 95.53

Seguro: 270.08002

Bombeiro: 141.3

Conservação: 0.0

Taxas: 18.04

Multas: 766.14996

Quantidade de multas: 2

Quantidade de multas a vencer: 0

Multas a vencer: 0.0

IPVA a vencer: 0.0

Total: 1766.06

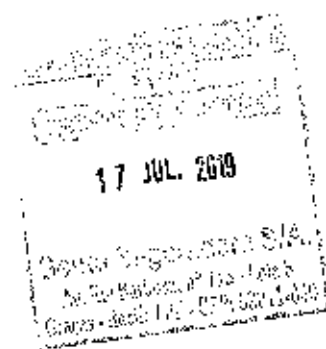
Tipo: MOTOCICLETA

Marca/Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ESD

Ano Fabricação: 2007

Bairro: CENTRO

Restrição: NOTIFICACAO DE DEBITO - IPVA



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA RODRIGO SILVA CORDEIRODATA DO ACIDENTE 15/04/2019 CPF DA VITIMA 053.343.924-83PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO EDUARDO JOSE DE A. FERREIRAS

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIDO PARENTESCO COM

A VITIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA DOBÃO BATISTANº 230 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE SUBURBIO UF PE CEP 55150-000E-MAIL acessegurados@cedo.com.br VEHICULO carro TELEFONE (81) 9665-0454

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXTERNO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ LAUDO DO INE (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INE, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INE (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA

DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIENEM OS DADOS SANITÁRIOS, TALS COMO CópIA DE FOLHA DE CHEQUE DO CARTÃO BANCIÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXTERNO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O

TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS

() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, ACOMPANHADAS DO RESPECITO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

() CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA.

COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FOMULÁRIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODPVATTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

DATA

IDENTIDADE 3.002.058.531-PE

NOME

ASSINATURA

ASSINATURA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: RODRIGO SILVA CORDEIRO
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 6.542.094 SDS/PE CPF: 053.343.924-83
DATA DO ACIDENTE: 15/04/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: RODRIGO SILVA CORDEIRO
ENDEREÇO: PO DO LIVRAMENTO, 120-A, JUNCO, VERTENTES-PE

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

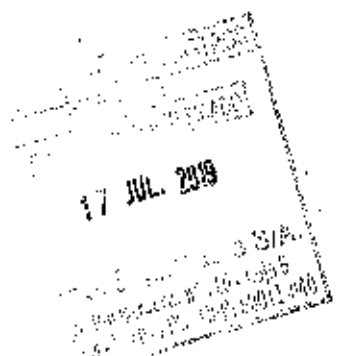
VERTENTES-PE 24 DE ABRIL 2019.



Rodrigo Silva Cordeiro

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241573/19

Número do Sinistro: 3190432520

Vítima: RODRIGO SILVA CORDEIRO

CPF: 053.343.924-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/04/2019

Titular do CPF: RODRIGO SILVA CORDEIRO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/08/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241573/19

Número do Sinistro: 3190432520

Vítima: RODRIGO SILVA CORDEIRO

CPF: 053.343.924-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/04/2019

Titular do CPF: RODRIGO SILVA CORDEIRO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 04/10/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/10/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241573/19

Número do Sinistro: 3190432520

Vítima: RODRIGO SILVA CORDEIRO

CPF: 053.343.924-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/04/2019

Titular do CPF: RODRIGO SILVA CORDEIRO

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 28/10/2019

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/10/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432520 **Cidade:** Vertentes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RODRIGO SILVA CORDEIRO **Data do acidente:** 15/04/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÍBULA ESQUERDA (GUSTILLO II).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P4 P5)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50