

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 e 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

069.449.004-08

Nome completo da vítima

JOSIVAL CORDEIRO SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSIVAL CORDEIRO dos Santos		CPF titular da conta 069.449.004-08	Profissão Aulista
Endereço ST. MARUIM		Número SIN	Complemento
Bairro RURAL	Cidade MARAGOGI	Estado AL	CEP 57955-000
Email		Telefone (DDD) (82) 991410977	

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

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 3544 DV <input type="checkbox"/> CONTA NRO. 13372 DV <input type="checkbox"/> 6 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <input type="text"/> NRO <input type="text"/> AGÊNCIA NRO. <input type="text"/> DV <input type="checkbox"/> CONTA NRO. <input type="text"/> DV <input type="checkbox"/> (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.

Visto
[Assinatura]

Maragogi 02 de outubro de 2018

Local e Data



Josival Cordeiro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CÓPIA

**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: 3180485127
Nome do(a) Examinado(a): Joseval Cordeiro dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): St Maruim, S/N Casa
Rural Maragogi AL CEP: 57955-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEDS / AL] 31770967
Data local do acidente: [30/07/2017]
Data local do exame: [28/08/2019] Maceio [AL]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA COMINUTIVA COM GRANDES DESTACAMENTOS ÓSSEOS DE FÊMUR DISTAL DIREITO.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, INCLUSIVE DE BLOQUEIO, EM FÊMUR DISTAL
Complicações: ANQUILOSE DE JOELHO E ENCURTAMENTO DO MEMBRO
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEAMBULANDO A CUSTA DE MULETAS DUPLAS AXILARES, MEMBRO INTENSAMENTE ATROFIADO, FLÁCIDO, ENCURTADO COM RIGIDEZ DE JOELHO E PÉ EM FLEXÃO APRESENTA MOBILIDADE DEDOS.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
IMPOTÊNCIA GRAVE 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 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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
RX NÃO IDENTIFICADO, DATADO DE 24/07/2019 APONTA A PLACA E OS PARAFUSOS


Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM




Dra. Iara Santos de Albuquerque
CPF - 453.599.204-59
CRM/AL - 5424

ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL		BOLETIM DE OCORRÊNCIA		NUMERO: 0101-M/17-0372		Pág. 1 / 2	
DELEGACIA 8ª DRP - Matriz de Carnaragibe - DPJA3 FONE. 32511967		DATA/HORA COMUNICADO: 30/07/2017 17:00 DELEGACIA DESTINO: 98º DP - Japaratinga 8ª DRP/DPJA3					
NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO - MORTE		INSTRUMENTO					
DATA/HORA: 30/07/2017 03:30		LOCAL DO FATO: AL-101-NORTE Zona Rural Japaratinga					
DIA DA SEMANA: 7		PONTO DE REFERÊNCIA: Proximo ao novo Hotel Salinas					
COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SÁBARA 3 AMARELO 6 ALBINO		ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIADO 3 VIÚVO		NACIONALIDADE 1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO		DIA DA SEMANA 1 SEG. 4 QUI. 7 DOM. 2 TER. 5 SEX. 3 QUA. 6 SAB.	
				GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL			
NOME / RAZÃO SOCIAL: MARINALDO DA SILVA SANTOS		RG: 30155088		SSP-AL		CPF:	
FILIAÇÃO: AMARO CORDEIRO DOS SANTOS		LUCIA MARIA DA SILVA					
PROFISSÃO: Trabalhador de indús		DATA DE NASCIMENTO: 13/04/1984		IDADE: 33		COR: 4 SEXO: M	
UF: AL NATURALIDADE: PORTO CALVO-AL		NACIONALIDADE: 1		ESTADO CIVIL: 5		GRAU INSTRUÇÃO: 2 TURISTA: NÃO	
ENDEREÇO: SÍTIO MARUIM - POVOADO S. BENTO						Nº S/N	
BAIRRO: ZONA RURAL		CIDADE: Maragogi		FONE:			
SE / JPM / JPE / JPC / JPPE / JBM / JGM ESPECIFICAR / JEM SERVIÇO / JFORA DE SERVIÇO / JINATIVO		RG: 31743390		SSP-AL		CPF: 07500804423	
NOME / RAZÃO SOCIAL: MARCOS RIBEIRO DA SILVA		Maria das Neves Ciriaco Ribeiro					
FILIAÇÃO: Cícero Amaro da Silva		DATA DE NASCIMENTO: 23/05/1985		IDADE: 32		COR: 4 SEXO: M	
PROFISSÃO: Desempregado		NACIONALIDADE: 1		ESTADO CIVIL: 1		GRAU INSTRUÇÃO: 2 TURISTA: NÃO	
UF: AL NATURALIDADE: Porto Calvo-AL						Nº S/N	
ENDEREÇO: Sítio Maruim				FONE:			
BAIRRO: Povoado São Bento		CIDADE: Maragogi					
SE / JPM / JPE / JPC / JPPE / JBM / JGM ESPECIFICAR / JEM SERVIÇO / JFORA DE SERVIÇO / JINATIVO		RG: 3177096-7		SSP-AL		CPF: 06944900409	
NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS		Lucia Maria da Silva					
FILIAÇÃO: Amaro Cordeiro dos Santos		DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1985		IDADE: 31		COR: 4 SEXO: M	
PROFISSÃO: Autônomo		NACIONALIDADE: 1		ESTADO CIVIL: 1		GRAU INSTRUÇÃO: 2 TURISTA: NÃO	
UF: AL NATURALIDADE: Boca da Mata-AL						Nº S/N	
ENDEREÇO: Sítio Maruim - São Bento				FONE:			
BAIRRO:		CIDADE: Maragogi					
SE / JPM / JPE / JPC / JPPE / JBM / JGM ESPECIFICAR / JEM SERVIÇO / JFORA DE SERVIÇO / JINATIVO							
AUTOR: DESCONHECIDO							
Trata-se de um Acidente de Trânsito com 02 (duas) vítimas fatais e 01 (uma) vítima lesionada, fato ocorrido no dia 30/07/2017, por volta das 03:30 horas, na AL-101-Norte, mais precisamente nas proximidades do novo Hotel Salinas, no município de Japaratinga-AL, onde a motocicleta HONDA/CG 150 FAN XLR, Chassi 9C2JD17102R012287, conduzida pela pessoa de MARCOS RIBEIRO DA SILVA (vítima fatal) e a motocicleta HONDA/CG 150 FAN, cor cinza, placa AP8138, chassi 9C2KC1650ARD/5634, conduzida por MARINALDO CORDEIRO DOS SANTOS (vítima fatal), em sentido contrário, colidiram frontalmente. QUE, da colisão ambos os condutores das referidas motocicletas vieram a óbito no local do acidente, enquanto o jovem JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS, que vinha na garupa da motocicleta de seu irmão MARINALDO foi socorrido gravemente lesionado pela HGE na cidade de Maceió-AL. É tudo a relatar.							
ADITAMENTO: APÓS CONSULTA NA DOCUMENTAÇÃO DA MOTOCICLETA, ACIMA MENCIONADA, CONDUZIDA PELA VITIMA MARCOS RIBEIRO DA SILVA, FICOU CONSTATADO QUE TRATA-SE DA MOTOCICLETA HONDA/XLR 125, PLACA KLG6025-PE, ANO E MODELO 2002/2002, CHASSI 9C2JD1702R012287, REGISTRADA NO DETRAN/PE EM NOME DE JURANUIR JOSÉ DA SILVA.							
INQUÉRITO POLICIAL		NUMERO: 0103-P/17-0049		DELEGACIA: 98ª DP - Japaratinga 8ª DRP/DPJA3		NUMERO: 18/2017-	
DATA INSTAURAÇÃO: 02/08/2017 10:00:00		DATA CONCLUSÃO: 29/09/2017 10:00:00		FORMA CONCLUSÃO: SEM AUTORIA			
MOTIVAÇÃO							



 ESTADO DE ALAGOAS SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL	BOLETIM DE OCORRÊNCIA		NUMERO: 0101-M/17-0372	Pág. 2 / 2
	DELEGACIA: 8ª DRP - Matriz de Camaragibe - DPJA3			
	FONE: 32511967		DATA/HORA COMUNICADO: 30/07/2017 17:00	
	DELEGACIA DESTINO: 96ª DP - Japaratinga 8ª DRP/DPJA3			
NOTICIANTE:	ASS.	<i>Elisiane Maria da Silva</i>		
ELABORADO POR: José Asnóbio Firmino da Silva	ASS.	RG / MAT.: 658375		
AUTORIDADE: Aylton Soares Prazeres	ASS.	RG / MAT.: 413887		
ESCRIVÃO AD-HOC: José Asnóbio Firmino da Silva	ASS.	RG / MAT.: 658375		



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSEVAL CORDEIRO SANTOS

CPF da Vítima

069.449.004-08

Data do Acidente

30/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Maragogi 02 de Outubro de 2018

Local e Data

Joseval Cordeiro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE

HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR

Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

D. NASCIMENTO: 03.11.1985

PRONTUÁRIO: 2647766

DATA DO ATENDIMENTO: 30.07.2017

ALTA: 01.11.2017

CID: T.01

HORA: 6h:03min

DIAGNÓSTICO: ➤ POLITRAUMA

TRATAMENTO: ➤ CIRÚRGICO

ACHADO:

- ACIDENTE MOTOCICLISTICO
- FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
- INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESSO EM COXA)

CONDUTA:

- AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
- EXAUSTIVA LIMPEZA COM SF 0,09
- FIXAÇÃO COM PINOS E FIXADOR TUBO A TUBO (EXTERNO)
- DRENAGEM DE ABSCESSO EM COXA
- DEBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS
- CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO
- MEDICAÇÃO / ANTIBIOTICOTERAPIA
- HEMOTRANSFUSÃO
- EXAMES LABORATORIAIS



OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

CÓF

Maceió, 28 de dezembro de 2017

Handwritten signature: Andréa Freitas
Andréa Freitas
Médica
CRM 38881/AL

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: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03544

CONTA: 000000013372-6

Nr. da Autenticação 14F09985E4DF1D83

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: 03/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03544

CONTA: 000000013372-6

Nr. da Autenticação 660EE839D6BE334F

Av. Fernandes Lima nº 3349 - Jardim de Lourdes - CEP: 57012-902
MARACÁ - AL - CNPJ: 12.272.084/0001-00 - E: 34067177-8
REGIME ESPECIAL DE PRECATORIO AUTORIZADO PELA SUP. DA FATEMA
Nº FATURA DE ENERGIA ELÉTRICA: 00000000000000000000

Nº da Nota Fiscal: **007742647**

À Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE/Alagoas
Lei nº 10.414 de 2 de abril de 2002

JULHO/2018 **23/07/2018** **30** **11,50**

LUCIA MARIA DA SILVA
ST MARUIM S/N BAIRRO RURAL

57.955-000 - MARAGOGI

ROT: 043.07.011.000690

DADOS DA CÉLULA	LVA	FAVAP	DATAS DA FATURA
Atual:	6,388		16/07/2018
Anterior:	6,388		13/06/2018
Consumo de Manutenção:	1,000		16/08/2018
Consumo de Iluminação:	0		13/07/2018
Consumo de Energia:	10	1 CAM	16/07/2018
Consumo Faturado:			33
Forma de Pagamento:	MINIMO		

Classificação	Unidade	Número Medidor	Período	Código Cat	Medida 12 meses
RESID. B.X. RENDA	MINIMO	01596011	S 1 16/33	1.4.1.1	0

HISTÓRICO LVA	CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
JUN/18	0	DIFERENÇA DE TARIFA	6,24
MAI/18	0	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	11,92
ABR/18	0	CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (COSIP)	11,16
MAR/18	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	4,50
FEB/18	0		
JAN/18	0		
DEZ/17	0		
NOV/17	0		
OCT/17	0		
SET/17	0		
AGO/17	0		
JUL/17	8		

LIGUE 0800 082 0196 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 3 8 13 18 23 28

RESERVAÇÃO AO FISCO				B36F.C280.7BEA.2361.1D93.BD52.AF0F.9F2C			
COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$			
Distribuição:	16,99			Base de Cálculo:			
Energia:	0,00			Alíquota ICMS:			
Transmissão:	0,00			Valor do ICMS:	1,16%	0,21	
Encargos:	0,00			Valor do PIS:	5,31%	0,96	
Tributos:	1,17			Valor do COFINS:			
INDICADORES DE CONTABILIDADE							
DIC		FIC		DNC		DICI	
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Anual
10,73	21,46	42,92	7,82	15,64	31,28	5,78	
4,18			2,00			3,66	
Cidade: SE MARAGOGI				Período de aplicação: 05/2018			
				2,69			

DECLARAÇÃO

Eu, ~~Joseval~~ Joseval Cordeiro dos Santos, Autônomo, Solteiro, residindo em Maragogi - Alagoas, inscrito no CPF de número 059.449.004-08.

Venho através desta informar que o Hospital Geral do Estado só entrega a vítima o Relatório médico e mais nada, pois o HGE só faz o Requerimento, para Relatório Médico, o mesmo já entregue (enviado).

Não temos mais Documentos entregue pelo HGE de Tratamento. Apenas envio, nome de imagem. Espero que a LIDER venha marcar minha Perícia Médica direto de identificação do Seguro DPVAT. Relviando Documentos Médicos.

Sem mais, agradeço

Declarante

Joseval Cordeiro dos Santos
CPF. 059.449.004-08

CÓPIA

Maragogi, 11 de Novembro



JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex:Masc.

Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:52:42
Indice de exp.:2397

Data de nascimento:03/11/1985
ID: PAT001001

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex:Masc.
Data de nascimento:03/11/1985
ID: PAT001001

Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:56:52
Indice de exp.:2119

FÊMUR
AP
W: 4095, L: 2043
ID de técnico:admin

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex:Masc.

Data de nascimento:03/11/1985
ID: PAT001001

Escala:0.0
ORTAL

Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:54:40
Indice de exp.:1859

FÊMUR
LATERAL
W: 4095, L: 2043
ID de técnico:admin

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex:Masc.

Data de nascimento:03/11/1985
ID: PAT001001

Escala:0.0
ORTAL

Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:58:46
Indice de exp.:1846

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
26 NOV. 2018
PROTÓCOLO

JOELHO
AP

W: 4095, L: 2043
ID de técnico:admin

Escala:0.0
ORTAL

Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:54:40
Indice de exp.:1859

JOELHO
LATERAL
W: 4095, L: 2043
ID de técnico:admin

JOELHO
Sex:Masc.
Data de nascimento:03/11/1985
ID: PAT001001

Escala:0.0
ORTAL

Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:58:46
Indice de exp.:1846

Escala:0.0
ORTAL

Data de aquis.:29/08/2018
Hora de aquis.:09:58:46
Indice de exp.:1846

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: Joséval André dos Santos
DN: 03/11/1965

1- PATOLOGIAS APRESENTADAS (CID-10):

- Sequela de fratura completa do fêmur
distal direito (T93.1 / S12.4)

2- TERAPÊUTICAS REALIZADAS:

- Tratamento cirúrgico na urgência com fixação
externa.
- A programação oriotômica do fêmur distal ->
Data da cirurgia (19/09/2018)

3- CONSIDERAÇÕES:

- encontra-se incapacitado para suas atividades
laborativas por tempo indeterminado.



CÓPIA

MACEIÓ, 29 DE Agosto DE 2018

MÉDICO ASSISTENTE



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

D. NASCIMENTO: 03.11.1985

PRONTUÁRIO: 2647766

DATA DO ATENDIMENTO: 30.07.2017

HORA: 6h:03min

ALTA: 01.11.2017

CID: T.01

DIAGNÓSTICO: ➤ POLITRAUMA

TRATAMENTO: ➤ CIRÚRGICO

ACHADO: ➤ ACIDENTE MOTOCICLISTICO
➤ FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
➤ INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESSO EM COXA)

CONDUTA: ➤ AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
➤ EXAUSTIVA LIMPEZA COM SF 0,09
➤ FIXAÇÃO COM PINOS E FIXADOR TUBO A TUBO (EXTERNO)
➤ DRENAGEM DE ABSCESSO EM COXA
➤ DEBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS
➤ CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO
➤ MEDICAÇÃO / ANTIBIOTICOTERAPIA
➤ HEMOTRANSFUSÃO
➤ EXAMES LABORATORIAIS

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

CÓPIA



Maceió, 28 de dezembro de 2017

Assinatura
André Freitas
Médico
CRM 35881/AL



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR

Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

D. NASCIMENTO: 03.11.1985

PRONTUÁRIO: 2647766

DATA DO ATENDIMENTO: 30.07.2017

HORA: 6h:03min

ALTA: 01.11.2017

CID: T.01

DIAGNÓSTICO: ➤ POLITRAUMA

TRATAMENTO: ➤ CIRÚRGICO

ACHADO:

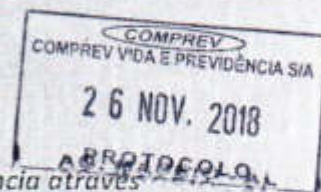
- ACIDENTE MOTOCICLISTICO
- FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
- INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESSO EM COXA)

CONDUTA:

- AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
- EXAUSTIVA LIMPEZA COM SF 0,09
- FIXAÇÃO COM PINOS E FIXADOR TUBO A TUBO (EXTERNO)
- DRENAGEM DE ABSCESSO EM COXA
- DEBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS
- CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO
- MEDICAÇÃO / ANTIBIOTICOTERAPIA
- HEMOTRANSFUSÃO
- EXAMES LABORATORIAIS

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.



Maceió, 28 de dezembro de 2017

Assinatura
Andre Freitas Filho de Gusmão
Médico
CRM 38581AL

NOME: Samuel Cardoso dos Santos REG: 2642766 IDADE: 45
DATA DA CIRURGIA: 29/09/17 HORA-INICIO: 14h HORA-TÉRMINO: 16h
MÉDICO: Fernando Bastos MÉDICO AUXILIAR:
MÉDICO ANESTESISTA: C. B. L. ACADÊMICO:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

- ① Acesso: Mini-incisões na face lateral e medial do joelho da cost. ①.
- ② Achados: Coleções purulentas em face posterior do joelho da cost. ①.
- ③ Condutas:
 - Paciente em DM sob anestesia
 - Antissepsia e preparo das pernas
 - Mini-incisões na face lateral e medial do joelho
 - Drenagem de pus
 - Iridogonios e SF 0,9%
 - Colocação de curativo penhore 4mm
 - Sutura esportiva.
 - Curativo compressivo.

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

COMPREV
COMPREV VDA E PREVIDÊNCIA SIA
26 NOV. 2018
PROTOCOLO
DR. MACIEL - AL

CÓPIA

Dr. Fernando Bastos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-AL 5211

ASS. DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM

SE NECESSÁRIO USAR O VERSO



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGE

2 - CNES

2006510

4 - CNES

2006510

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Recebi um homem de 45 anos
em estado de consciência alterada
sem resposta verbal e motora dos membros
superiores e inferiores.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Acidente de trânsito

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

Anomalia no exame físico.

23 - DIA GINOSTICACIONAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

000000000

I792

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Diagnóstico de lesão

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

041004000

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS

CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

00101405492

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CRO DO CONSELHO)

Fernando Basso

29/09/12

Fernando Basso
Médico - Traumatologia
CRM-MG 4711

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO ATÍPICO

43 - CNAL DA EMPRESA
COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

26 NOV. 2012

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO E SOLICITAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO CRO DO CONSELHO)

Auto de João
Médico - Cir. Geral
CRM-MG 4711

03/18

LAUDO AIN
FATURADO - SGM

CÓPIA

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				01	
Identificação do Estabelecimento da Saúde								2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HGE 32AUDOS								2 0 0 6 5 1 0	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HGE 32AUDOS								4 - CNES 2 0 0 6 5 1 0	
Identificação do Paciente								6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE JOSEVA COELHO DOS SANTOS								7647766	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)								8 - DATA DE NASCIMENTO 03/11/85	
9 - SEXO Masc <input checked="" type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/>								10 - RAÇA / COR 13	
11 - NOME DA MÃE								12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL								14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE DDD	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)								17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 13 - UF 18 - CEP	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA									
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS FRATURA EXPOSTA FÊMUR (D) LADO COLUÍDO MOTO MOTO.									
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE DESEBOLAMENTO + FICAR									
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) A.D. + EXAME FÍSICO 03 0408050819 04 0408050500									
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA FÊMUR									
24 - CID 10 PRINCIPAL S72.9									
25 - CID 10 SECUNDÁRIO S82.2									
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS									
PROCEDIMENTO SOLICITADO									
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO FICAR DOBADO ALVADO								28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 04111030011	
29 - CLÍNICA CAROLINA								30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 1 -) CNS 5 -) CPE	
31 - DOCUMENTO 07143129402								32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dyego T. NOVAES DOS SANTOS								34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 30/10/12	
35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO Dyego T. NOVAES DOS SANTOS Médico - 4240								36 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)									
37 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO									
38 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO									
39 - () ACIDENTE TRABALHO FAJETO									
40 - CNPJ DA SEGURADORA									
41 - CNPJ EMPRESA									
42 - CNPJ EMPRESA									
43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO									
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA									
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA									
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR									
47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR									
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR									
49 - DOCUMENTO () CNS () CPE									
50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR									
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO									
52 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO									

CÓPIA
05/13



CÓPIA

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 178 192298 EXERCÍCIO 2016
 RUTIC. 178 192298

HOME
 MILTON JOSÉ MENDES COLLAZOS
 PALMARES - PE

PLACA 707.863.534-15
 PLACA ANT/LUP 707.863.534-15
 CHASSI 178193309

COMBUSTÍVEL GASOLINA
 MARCA / MODELO FORD FOCUS
 ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CATEGORIA 23/149CL
 SUBCATEGORIA 23/149CL

VENÇ. COTA ÚNICA 1ª 178193309
 2ª 178193309
 3ª 178193309

VENÇ. COTA ÚNICA 1ª 178193309
 2ª 178193309
 3ª 178193309

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) 178193309
 SEGURO PAGO 178193309

SEM RECEITA

DATA 16/04/16

PE Nº 012300852090 - BILHETE DE SEGURO DPVAT
 MILTON JOSÉ MENDES COLLAZOS
 R. PADRE MIGUEL ANSELMO 209
 CASA CENTRO PALMARES - PE 55540-000

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2016 DATA EMISSÃO 16/04/16
 PLACA 707.863.534-15
 MARCA / MODELO FORD FOCUS
 ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009
 CHASSI 178193309
 SECCION 155209015624

PRÊMIO TARIFÁRIO
 PMS (R\$) 178193309
 DE NAT (R\$) 178193309
 CUSTO DO BILHETE (R\$) 178193309
 SEGURO PAGO 178193309

☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 06.228.000/01-04
 www.seguradoralider.com.br

**DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.
 ELE NÃO É DE FORTE OBRIGATORIO.**



CÓPIA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485127 **Cidade:** Japaratinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA COMINUTIVA COM GRANDES DESTACAMENTOS ÓSSEOS DE FÊMUR DISTAL DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEAMBULANDO A CUSTA DE MULETAS DUPLAS AXILARES, MEMBRO INTENSAMENTE ATROFIADO, FLÁCIDO, ENCURTADO COM RIGIDEZ DE JOELHO E PÉ EM FLEXÃO APRESENTA MOBILIDADE DEDOS

Resultados terapêuticos: INSATISFATÓRIOS COM ATROFIA, ENCURTAMENTO E PÉ EM FLEXÃO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO(A) MEMBRO INFERIOR DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/08/2019

Conduta mantida: Não

Observações: VITIMA JÁ INDENIZADA A CONTENTO POR DANO LEVE DO MID, COMPLEMENTAR PAGAMENTO POR DANO GRAVE DO MID.
RX NÃO IDENTIFICADO, DATADO DE 24/07/2019 APONTA A PLACA E OS PARAFUSOS

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 intenso - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180485127 **Cidade:** Japaratinga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS **Data do acidente:** 30/07/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FEMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO PERNA DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA PERNA ESQUERDA.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda 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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: BRUNO BARBOSA MENDONCA

CRM: 900400

UF do CRM: RJ

Assinatura:

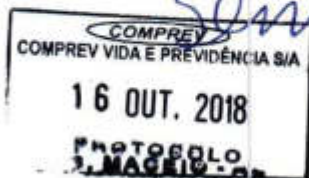
Declaração

Eu, Josival Cordeiro Santos,
Solteiro, Autônomo, inscrito no CPF de
numero: 069.449.004-08, Residindo em Maragogi.

Venho através desta informar que
Não conheço e nem tenho contato com
O proprietário da Moto ao qual estava
Pilotoando no dia do Meu acidente.
Não é possível enviar a declaração-Proprietário da moto.
Espero que a LIDER. entenda a moto
é de terceiros amigos ao qual eles
não tem contato do mesmo, já foi
procurado no município de Palmares
PE, e não teve êxito.

Fico no aguardo da minha pericia
desde de já Agradeço:


Sem mais, Declarante:



Josival Cordeiro dos Santos
CPF: 069.449.004-08.

Maragogi, 29 de Setembro 2018

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Lider dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376100/18

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2017

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS : 069.449.004-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/10/2018
Nome: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS
CPF: 069.449.004-08

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2018
Nome: EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA LUDOVICO
CPF: 090.833.874-02

EDUARDO HENRIQUE DE SOUSA LUDOVICO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376100/18

Número do Sinistro: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/07/2017

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 26/11/2018
Nome: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS
CPF: 069.449.004-08

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376100/18

Número do Sinistro: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/07/2017

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 02/08/2019
Nome: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS
CPF: 069.449.004-08

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/08/2019
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376100/18

Número do Sinistro: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 30/07/2017

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 26/11/2018
Nome: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS
CPF: 069.449.004-08

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180485127**

Vitima: **JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS**

Data do Acidente: **30/07/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180485127**.

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 13484463



Rio de Janeiro, 18 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS**
Nº Sinistro: **3180485127**
Vitima: **JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS**
Data do Acidente: **30/07/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180485127**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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, 19 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

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

Rio de Janeiro, 08 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

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 intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 = R\$ 7.087,50

Recebedor: **JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS**

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

Banco: **104**

Agência: **000003544**

Conta: **0000013372-6**

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