

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

069 449.004-08

Nome completo da vítima

JOSIVAL CORDEIRO SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
JOSIVAL CORDEIRO dos Santos	069.449004.08	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
ST. MARUIM	SIN	
Bairro	Estado	CEP
RURAL	AL	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	

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

Nº

3544

D/V

CONTA

Nº

13372

D/V

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

Nº

AGÊNCIA

Nº

CONTA

Nº

D/V

(Informar dígito se existir)

(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
Assinado*

Maria Gogi 02

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 FÉMUR 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 FÉMUR DISTAL

Complicações: ANQUILOSE DE JOELHO E ENCURTAMENTO DO MEMBRO

Data da Alta: VITIMA 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 causalidade: 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 (*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 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 OCORRÉNCIA NUMERO: 0101-M/17-0372
DELEGACIA 8^a DRP - Matriz de Camaragibe - DPJA3
FONE: 32511967 DATA/HORA COMUNICADO: 30/07/2017 17:00
DELEGACIA DESTINO: 96^a DP - Japaratinga 8^a DRP/DPJA3

Pág. 1 / 2

FATO	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: Próximo ao novo Hotel Salinas			
VITIMA	COR: 1 BRANCO 4 PÂRDOS 2 PRETO 5 SARARA 3 AMARELO 6 ALBINO	ESTADO CIVIL: 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASADO 3 VIUVO	NACIONALIDADE: 1 BRAS. NATIVO 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	
VITIMA	FILIAÇÃO: AMARO CORDEIRO DOS SANTOS		LUCIA MARIA DA SILVA			
	PROFISSÃO: Trabalhador de indústria		DATA DE NASCIMENTO: 13/04/1984	IDADE: 33	GOR: 4	SEXO: M
VITIMA	UF: AL	NACIONALIDADE: PORTO CALVO-AL	NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 5	GRAU INSTRUÇÃO: 2	TURISTA: NÃO
	ENDERECO: Sítio Maruim - Povoado S. Bento		RG: 31743390		SSP-AL	CPF: 07500804423
VITIMA	Bairro: ZONA RURAL	CIDADE: Maragogi	FONE			
	NOME / RAZÃO SOCIAL: MARCOS RIBEIRO DA SILVA		Maria das Neves Ciriaco Ribeiro		Nº: S/N	
VITIMA	FILIAÇÃO: Cicero Amaro da Silva		DATA DE NASCIMENTO: 23/05/1985	IDADE: 32	GOR: 4	SEXO: M
	PROFISSÃO: Desempregado		NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 1	GRAU INSTRUÇÃO: 2	TURISTA: NÃO
VITIMA	UF: AL	NACIONALIDADE: Porto Caovo-AL	Nº: S/N			
	ENDERECO: Sítio Muruim		RG: 3177096-7		SSP-AL	CPF: 06944900408
VITIMA	Bairro: Povoado São Bento	CIDADE: Maragogi	FONE			
	NOME / RAZÃO SOCIAL: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS		Lucia Maria da Silva		Nº: S/N	
HISTÓRICO	FILIAÇÃO: Amaro Cordeiro dos Santos		DATA DE NASCIMENTO: 03/11/1985	IDADE: 31	GOR: 4	SEXO: M
	PROFISSÃO: Autônomo		NACIONALIDADE: 1	ESTADO CIVIL: 1	GRAU INSTRUÇÃO: 2	TURISTA: NÃO
HISTÓRICO	UF: AL	NACIONALIDADE: Boca da Mata-AL	Nº: S/N			
	ENDERECO: Sítio Maruim - São Bento		RG: 3177096-7		SSP-AL	CPF: 06944900408
Bairro:		CIDADE: Maragogi	FONE			
SE / IPM / IPE / IPC / IPRE / IBM / IGM. ESPECIFICAR / NEM SERVICO / FORA DE SERVICO / INATIVO		RG: 3177096-7		SSP-AL	CPF: 06944900408	

AUTOR: DESCONHECIDO

Trata-se de um Acidente de Trânsito com 02 (duas) vitimas fatais e 01 (uma) vitima 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: KLG6025, chassi: 9C2KC1550ARD 5934, conduzida por MARINALDO CORDEIRO DOS SANTOS (vítima fatal), em sentido contrário, colidiram frontalmente. QUE, 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 para o HGE na cidade de Maceió-AL. É tudo a respeito.

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: 9C2JD17102R012287, REGISTRADA NO DETRAN/PE EM NOME DE JURANDIR JOSÉ DA SILVA.

INQUÉRITO POLICIAL NÚMERO: 0103-P/17-0049 DELEGACIA: 96^a DP - Japaratinga 8^a DRP/DPJA3 NÚMERO: 18/2017-

DATA INSTAURAÇÃO: 02/08/2017 10:00:00

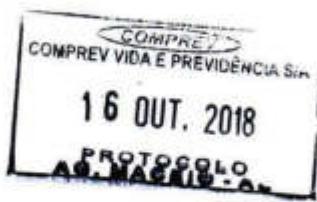
DATA CONCLUSÃO: 29/09/2017 10:00:00

FORMA CONCLUSÃO: SEM AUTORIA.

MOTIVAÇÃO:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT. 2018
R. MATEUS
AG. MACEIÓ

 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		DATA/HORA COMUNICADO: 30/07/2017 17:00	
	FONE: 32511967		DELEGACIA DESTINO: 96º DP - Japaratinga 8ª DRP/DPJA3	
	NOTICIANTE:		ASS.: <i>Flávio Mariano da Silva</i>	RG / MAT.: 658375
ELABORADO POR: José Asnóbio Firmino da Silva		ASS.: <i>Flávio Mariano da Silva</i>	RG / MAT.: 413887	
AUTORIDADE: Aylton Soares Prazeres		ASS.: <i>Flávio Mariano da Silva</i>	RG / MAT.: 658375	
ESCRIVÃO AD-HOC: José Asnóbio Firmino da Silva		ASS.: <i>Flávio Mariano da Silva</i>		



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

069449.004.08

Data do Acidente

30/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

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 atende 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 Lider 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

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

16 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. MACÉIO - AL

Joseval Cordeiro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

DALI.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

16 OUT. 2018

PROTOCOLO

AG. MACÉIO - 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 MOTOCICLÍSTICO
➤ FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
➤ INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESO EM COXA)

CONDUTA: ➤ AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
➤ EXAUSTIVA LIMPEZA COM SF 0,09
➤ FIXAÇÃO COM PINOS E FIXADOR TUBO A TUBO (EXTERNO)
➤ DRENAGEM DE ABSCESO 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

CÓP

Andrea Freitas Neto de Sá
Médica
CRM 3688/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

Rua Fernandes Lima, nº 3348 - Centro de Lourdes - CEP: 57015-000
MACEIÓ - CEP: 57020-000 - Fone: (82) 3200-1779
NOTA FISCAL ELETRÔNICA AUTORIZADA PELA SÉC. DA FATEMA
Nº 114/2011 DESENVOLVIMENTO TECNOLÓGICO

Nº de Nota Fiscal: 06/747647
A Tarifa Sobre a Energia Elétrica - TSE é fixada
anualmente pelo MME da 2ª de abril de 2003

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

DATA DA LEITURA	KWH	DATA	DATA DA LEITURA	KWH	DATA
Abus.	6.388		Abus.	16/07/2018	
Anterior	6.388		Anterior	13/06/2018	
Consumo de Manutenção	1.000		Próximo Leitura:	16/08/2018	
Consumo Mínimo	0		Entrega:	13/07/2018	
Consumo Faturado	10	ICAM	Apresentação:	16/07/2018	
Forma de Pagamento:	MINIMO	Período de Referência:		Days of Consumption:	31

RESID.BX.RENDA Linha: **01596011** S 1 16/33 1.4.1.1 Média 12 meses: **0**

PERÍODO FIM	CONSUMO	DE REFERÊNCIA DA CONTA	DE REFERÊNCIA DA CONTA
JUN/18	0	DIFERENÇA DE CONTA	0,208084 = 6,24
MAI/18	0	DIFERENÇA DE TARIFA	11,92
ABR/18	0	SUBVENÇÃO BAIXA RENDA	11,16
MAR/18	0	CONTRIB. DE ILUMINAÇÃO PÚBLICA (COSIP)	4,50
FEV/18	0	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA -	0,51
JAN/18	0		
DEZ/17	0		
NOV/17	0		
OUT/17	0		
SET/17	0		
AGO/17	0		
JUL/17	8		

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

B36F.C280.7BEA.2361.1D93.BD52.AF0F.9F2C

COMPENSAÇÃO DA CONTA - IS		IMPOSTOS E REBATES	
Distribuição:	16,99	Base de Cálculo:	
Energia:	0,00	Aliquota ICMS:	
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	1,16%
Ensgarç:	0,00	Valor do PIS:	5,33%
Tribut:	1,17	Valor do COFINS:	0,96

INDICADORES DE CONSUMO DA

	DIC	FIC	DIRIC	DICRI
Média	10,73	21,46	42,92	7,82
Último	10,73	21,46	42,92	7,82
Anterior	4,18		7,00	
				3,66

Origem: **SE MARAGOGI**

Período de
apuração: **05/2018**

valor:

2,69

Eletrobras
Distribuição Alagoas

Al. Fernandes Lima, nº 3348 - Centro de Lourdes - CEP: 57015-000
MACEIÓ - CEP: 57020-000 - Fone: (82) 3200-1779

SEU CÓDIGO
914730-6

TOTAL A PAGAR - R\$
11,50

MÊS FUTURADO
JUL/2018

VENCIMENTO
23/07/2018

Nº da Nota Fiscal: 06/747647

ICAM

COMPREV
COMPRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT. 2018

PROTEGEL



CÓPIA

Seq. Arq.: 0071 Data Leit.: 16/07/2018 Tipo Entr.: 3
Num. U.C.: 00914730-6 Leitura: 6388 FATURADO MÍNIMO
Tot. Fat.: 11,50 Carga :
Dt. Venc.: 23/07/2018 Coletor: 1051
M/A fat.: 07/2018

DECLARAÇÃO

Eu, Moisés Alves Cordeiro dos Santos,
Autonomio, 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).

Nos temos mais Documentos
entregue pelo HGE de Tratamento.

Apesar das envoi, fomos de imagens.

Espero que a YDER ^{información} Venha
ME PASSAR ^{mais} Lápis de 1935

• Verificar mea Pericia Médica
direito de identificação do Seguro
DPVAT. Revisando 'Documentos Médica

Sem mais, agradeço

De Clarantie

CÓPIA

Joseval Cardoso dos Santos
CPF: 059.449.004-08

Maragogi, 11 de Novembro



JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,
Sex:Masculino
Data de nascimento:03/11/1986
ID:PAT001001

Data de arquis.: 29/03/2013
Hora de arquis.: 09:52:42
Indice de exp.: 2397

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,
Sex:Masculino
Data de nascimento:03/11/1991
ID:PAT091991
Datal de enquisi.:29/03/2018
Hora de aquis.:09:56:52
Indice de exp.:2119

COPIA
FÉMUR
AP
W: 4095
ID de
Y

FIÉMUR
AP W: 4005 L: 2043
ID de **A** técnico: admin
JOSEVAL CORDEIRO
Sex: Masculino
Data de nascimento: 01/01/1901
DE: PAT09:001

21cm.

FÉMUR
LATERAL
 W: 4095, L: 2043
 ID de técnico: adm11
JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,
 Sex: Masc.
 Data de nascimento: 03/11/1981
 D: PAT001001
Escala: 0,0
20cm
ORTAL
 Data de aquis.: 29/08/2018
 Hora de aquis.: 09:58:46
Índice de exp.: 1346

COMPREY
COMPREY VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
25 NUV. 2018
PROTÓCOLO

JOELHO
AP
W: 4995,
ID de legn

Escala: 0.9 W: 40955, L: 2048
ORTAL ID da técnica aérea

CH30J

100

Sex: MASC. Data de nascimento: 03/11/19 Lateral ID: PAT091991 Hora de aquis.: 09:56:52 Índice de exp.: 2119

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE: Joséval Andrade dos Santos
DN: 031111111111111111

1- PATOLOGIAS APRESENTADAS (CID-10):

Sequela de fratura complexa do membro
direito direito (I 193 I 1 S 124)

2- TERAPÉUTICAS REALIZADAS:

Internamento uníxilo na urgência com fratura
extensa.
A programada admissão de ferme direito em
data da unidade (19/09/2018)

3- CONSIDERAÇÕES:

Encontra-se encamada em sua extensão
uníxilo por tempo indeterminado.

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
20 NOV. 2018
PROTÓCOLO
MACEIÓ

CÓPIA

MACEIÓ, 29 DE Agosto DE 2018

Enviado

MÉDICO ASSISTENTE

BOLETIM OPERATÓRIO

11 NOME: **DOS SUELS CORONINO DOS SANTOS** REG: **2647766** IDADE: **31**
DATA DA CIRURGIA: **30/07/17** HORA-ÍNICO: **10:00** HORA-TÉRMINO: **10:00**
MÉDICO: **04600** MÉDICO AUXILIAR: **00000**
MÉDICO ANESTÉSISTA: **00000** ACADÉMICO: **00000**

DESCRÍÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

1. Preservar em OCCURRÊNCIA DORSAL SOB ANESTÉSICO
 2. Afixação e colocação campos de tensão
 3. Incisão sobre célio exposta Reta da Ossificação
 4. Elástica um pedaço Mecanismo Cervical com 20 vértices 5x0,8
 5. Passado 3 pinos chás acima do foco de fratura do retináculo
 6. Passado 2 pinos próximos e 02 pinos de chás distais
 7. Fixado fêmur e tibia com tubo e tubo e material concreto ferro e resinas
 8. Perno pediátrico presente
 9. Sutura por planos
 10. Curativo

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

02 PINEONES EXTRAS, 8000-10000
SF 0.9% 2001/100
07 PINOS CHARD

Dyego T. Rosendo de Barros
Médico
CRM-AL 5340

ASS. DO RESPONSÁVEL | CIRURGIA - CRM

SE NECESSÁRIO USAR O VERSO

4 - Sistema Cartões - nº 2095 - Trapiche da Barra - Cep: 57.010-001 - Macaé-RJ - Fone/Fax: (023) 3315-3227 CNPJ: 12.200.258/0001-85

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 MOTOCICLÍSTICO
➤ FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
➤ INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESO 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

CÓPIA

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 2018

26 NOV. 2018

PROTÓCOLO
AG. MACEIÓ - AL

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

26 NOV. 2018

PROTÓCOLO
AG. MACEIÓ - AL

Andrea Freitas
CRM 23688/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 MOTOCICLÍSTICO
➤ FRATURA EXPOSTA DE FÉMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
➤ INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESO 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

Ass. Andreia Freitas Zilio de Oliveira
CRM 30558/AL

CÓPIA

BOLETIM OPERATÓRIO

SO. 10/05
NOME: Samuel condéno da REG. 2847766 IDADE: 10
DATA DA CIRURGIA: 29/10/17 HORA-INÍCIO: 10:00 HORA-TÉRMINO: 13:00
MÉDICO: Fernando Bastos MÉDICO AUXILIAR:
MÉDICO ANESTESISTA: Ciboli ACADÉMICO:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

- ① Acesso: Minim-invasão via face lateral e medial do fêmur distal da coxa D.
- ② Achados: Esclerose perióstica em face posterior do fêmur distal da coxa D.
- ③ Conduta: Dr. S. M. de Vila D.

- Permeável em DHH sob anestesia
- Antevertido e aberto dos canais
- Minim-invasão via face lateral e medial da coxa
- Desnecessário de prótese
- Tríngulo de SF 0,9%
- Coto saudável com penitores 4mm
- Sutura esporádica.
- Custo de luxamento.

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

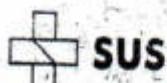


CÓPIA

Dr. Fernando Bastos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-AL 5211

AGS. 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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HGE

2 - CNES
2006510

4 - CNES
2006510

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Paulo Cardoso dos Santos

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Meu: 1

Fem: 3

10 - RACA/COR

11 - NOME DA MÃE

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDERÉCO (RUA, N.º, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

Recomendo sua internação de paciente
esportista de 2000g de peso
seu peso é de 70kg
seu peso é de 70kg
que é de 70kg

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Assumeu + esgotou

23 - DIA-NOSE/CONDICIONAL
desde 6/10

24 - CID 10 PRINCIPAL

1792

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0415040018

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CNS

CPF

001014031432

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO CÓDIGO DO CONSELHO)

Fernando Basso
Traumatologista

Bruno Basso

29/09/12

40 - N° DOCUMENTE

41 - SÉRIE

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURODORA

42 - CNPJ EMPRESA

43 - COD.

37 - () ACIDENTE TRABALHO "ÍPICO"

40 - CNPJ EMPRESA

44 - COD.

38 - () ACIDENTE TRABALHO "RAJETO"

41 - SÉRIE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

46 - EMPREGADO

47 - CNPJ DA SEGURODORA

48 - CNPJ EMPRESA

49 - COD.

47 - EMPREGADORA

50 - CNPJ EMPRESA

51 - COD.

48 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

52 - CNPJ DA SEGURODORA

53 - COD.

49 - EMPREGADO

54 - CNPJ EMPRESA

55 - COD.

50 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

56 - CNPJ EMPRESA

57 - COD.

51 - EMPREGADORA

58 - CNPJ EMPRESA

59 - COD.

52 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

60 - CNPJ EMPRESA

61 - COD.

53 - EMPREGADO

62 - CNPJ EMPRESA

63 - COD.

54 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

64 - CNPJ EMPRESA

65 - COD.

55 - EMPREGADORA

66 - CNPJ EMPRESA

67 - COD.

56 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

68 - CNPJ EMPRESA

69 - COD.

57 - EMPREGADO

70 - CNPJ EMPRESA

71 - COD.

58 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

72 - CNPJ EMPRESA

73 - COD.

59 - EMPREGADORA

74 - CNPJ EMPRESA

75 - COD.

60 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

76 - CNPJ EMPRESA

77 - COD.

61 - EMPREGADO

78 - CNPJ EMPRESA

79 - COD.

62 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

80 - CNPJ EMPRESA

81 - COD.

63 - EMPREGADORA

82 - CNPJ EMPRESA

83 - COD.

64 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

84 - CNPJ EMPRESA

85 - COD.

65 - EMPREGADO

86 - CNPJ EMPRESA

87 - COD.

66 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

88 - CNPJ EMPRESA

89 - COD.

67 - EMPREGADORA

90 - CNPJ EMPRESA

91 - COD.

68 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

92 - CNPJ EMPRESA

93 - COD.

69 - EMPREGADO

94 - CNPJ EMPRESA

95 - COD.

70 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

96 - CNPJ EMPRESA

97 - COD.

71 - EMPREGADORA

98 - CNPJ EMPRESA

99 - COD.

72 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

100 - CNPJ EMPRESA

101 - COD.

73 - EMPREGADO

102 - CNPJ EMPRESA

103 - COD.

74 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

104 - CNPJ EMPRESA

105 - COD.

75 - EMPREGADORA

106 - CNPJ EMPRESA

107 - COD.

76 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

108 - CNPJ EMPRESA

109 - COD.

77 - EMPREGADO

110 - CNPJ EMPRESA

111 - COD.

78 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

112 - CNPJ EMPRESA

113 - COD.

79 - EMPREGADORA

114 - CNPJ EMPRESA

115 - COD.

80 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

116 - CNPJ EMPRESA

117 - COD.

81 - EMPREGADO

118 - CNPJ EMPRESA

119 - COD.

82 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

120 - CNPJ EMPRESA

121 - COD.

83 - EMPREGADORA

122 - CNPJ EMPRESA

123 - COD.

84 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

124 - CNPJ EMPRESA

125 - COD.

85 - EMPREGADO

126 - CNPJ EMPRESA

127 - COD.

86 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

128 - CNPJ EMPRESA

129 - COD.

87 - EMPREGADORA

130 - CNPJ EMPRESA

131 - COD.

88 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

132 - CNPJ EMPRESA

133 - COD.

89 - EMPREGADO

134 - CNPJ EMPRESA

135 - COD.

90 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

136 - CNPJ EMPRESA

137 - COD.

91 - EMPREGADORA

138 - CNPJ EMPRESA

139 - COD.

92 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

140 - CNPJ EMPRESA

141 - COD.

93 - EMPREGADO

142 - CNPJ EMPRESA

143 - COD.

94 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

144 - CNPJ EMPRESA

145 - COD.

95 - EMPREGADORA

146 - CNPJ EMPRESA

147 - COD.

96 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

148 - CNPJ EMPRESA

149 - COD.

97 - EMPREGADO

150 - CNPJ EMPRESA

151 - COD.

98 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

152 - CNPJ EMPRESA

153 - COD.

99 - EMPREGADORA

154 - CNPJ EMPRESA

155 - COD.

100 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

156 - CNPJ EMPRESA

157 - COD.

101 - EMPREGADO

158 - CNPJ EMPRESA

159 - COD.

102 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

160 - CNPJ EMPRESA

161 - COD.

103 - EMPREGADORA

162 - CNPJ EMPRESA

163 - COD.

104 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

164 - CNPJ EMPRESA

165 - COD.

105 - EMPREGADO

166 - CNPJ EMPRESA

167 - COD.

106 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

168 - CNPJ EMPRESA

169 - COD.

107 - EMPREGADORA

170 - CNPJ EMPRESA

171 - COD.

108 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

172 - CNPJ EMPRESA

173 - COD.

109 -

BOLETIM OPERATÓRIO

NOME: **JOSEUOL CORDEIRO DOS SANTOS** REG: **2647766** IDADE: **31**
DATA DA CIRURGIA: **30/07/17** HORA INÍCIO: **10:00** HORA TÉRMINO: **11:30**
MÉDICO: **DYGO ROSENDO DE BARROS** MÉDICO AUXILIAR:
MÉDICO ANESTESISTA: **ACADEMICO**

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

1. Preservar em occulto dorsal - SOS anestesia
2. Afissopisia e colocação campo de tensa
3. Incisão sobre célio exposta. Fenda óssea
4. Exaustiva com pezzi mecânico convencional com 20 viras SF 0,84
5. Passado 3 pinos charr acima do foco de fratura de fenda
6. Passado 2 pinos charr proximais e 02 pinos de charr distais
7. Fissado fenda e fixação com tubo e tubo e fixador condrofixo fenda
8. Ponto pedio 50 presente
9. Sutura com pinos
10. Curativa

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
26 NOV. 2013
PROTÓCOLO
Maceió - AL

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

02 Pinzadores extranos, tubo e tubo

SF 0,84 20x17x10

07 pinos charr

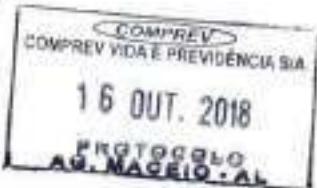
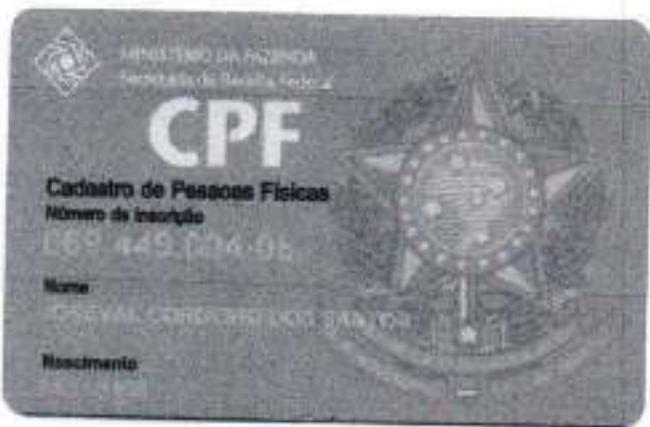
Dyego T. Rosendo de Barros
Médico
CRM-AL 0340

19/11/17
S200
Bemol
Mat. N° 255076

ASS. DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM

SE NECESSÁRIO USAR O VERSO

CÓPIA



CÓPIA



CÓPIA

RESIDE VIA TERRESTRE OU MARÍTIMA, TRANSPORTANDO PESSOAS

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº U 300652090	
VIA	COD. REFERENCIA	PLATEAU	EXERCÍCIO
1	170 192292	2016	2016
MITSUBISHI LANCER 4		HOME	
EXIBIR FOLHA DE VIDA			
PLACA / CHASSI	CHASSI	PLACA	PLACA
707-683-801-30	10015634	707-683-801-30	707-683-801-30
PLACA ANTI/UP	TIPO/125	CHASSI	CHASSI
TIPO/125	TIPO/125	TIPO/125	TIPO/125
ESPECIE 1900	ESPECIE 1900	COMBUSTIVEIS	COMBUSTIVEIS
223	223	MANICA / MOLDEIO	MANICA / MOLDEIO
CAP / POF / OIL	CATEGORIA	DATA	DATA
229/149CL	229/149CL	229/149CL	229/149CL
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA
P	2016	2016	2016
V	FAZER LEVA	FAZER LEVA	FAZER LEVA
A	PARCELA/MENTO / DOTAIS	PARCELA/MENTO / DOTAIS	PARCELA/MENTO / DOTAIS
PREÇO TÁRICO/ARQ	1000000	1000000	1000000
SEGURCO - 2100	1000000	1000000	1000000
VALOR FOLHA DE VIDA	1000000	1000000	1000000
OBSERVAÇÕES		UNIDADE DE PAGAMENTO	
PALAVRAS		DATA	
O		2016/12	
Assinatura: <i>Paulo Henrique</i>		Assinatura: <i>Paulo Henrique</i>	
Diretor: <i>Paulo Henrique</i>		Assinatura: <i>Paulo Henrique</i>	

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
16 OUT. 2018
PROTÓCOLO
A.R. MAGEJO - AL

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 AO EXAME FÍSICO APRESENTA DEAMBULANDO A CUSTA DE MULETAS DUPLAS AXILARES, MEMBRO INTENSAMENTE FÍSICO: 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

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA FEMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIO).
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO PERNAS DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DA PERNAS 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:

Declaracão

Eu, Josival Cordeiro Santos,
Solteiro, Autônomo, inscrito no CPF de
número: 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
pilotando 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
P.E, e não teve êxito.

Fico no aguardo da minha perícia
desde de já Agradeço.

Sem mais,

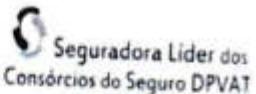
Declarante:

Josival Cordeiro dos Santos
CPF: 069.449.004-08.

Maragogi, 29 de Setembro 2018



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0376100/18

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

Seguradora: M&M 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2017

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2017

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 30/07/2017

Titular do CPF: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 26/11/2018

Nome: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

CPF: 069.449.004-08

Data do cadastramento: 26/11/2018

Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

CPF: 094.056.024-03

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

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



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

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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180485127

Vítima: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

Data do Acidente: 30/07/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO 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



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, 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, 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

