

3823/539209692/003	ABRIL COMUNICACOES S/A 23728 CORPORATE						2372-8/0026707-4
VENCIMENTO	DATA DO DOCUMENTO	Nº DO DOCUMENTO	ESPECIE DOG	ACEITE	DATA PROCESSAMENTO	NOSSE NUMERO	
20/10/2019	29/11/2018	3823/539209692/003			29/11/2018	09/69900208787-8	
AGENCIACAO CEDENTE	USO DO BANCO	CARTERA	ESPECIE	PARCELA	QTD MOEDA	VALOR MOEDA	(R) VALOR DO DOCUMENTO
2372-8/0026707-4		000	00	0,00	1		20 12



CDD OLINDA PE/CTC RECIFE PE CIDB
ELISANGELA MARIA DA SILVA
AV TIRADENTES 366
CS - RIO DOCE
53080-490 OLINDA PE

SEQ.: V00.TR_002_A4_COBENPB_LT001/00000442/DPAGA1/119/F-3/P-2/B - 12

EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
SEGURO DPVAT

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Antônio Maciel Ferreira Feneira inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554-45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a), do Beneficiário FELIPE SOUZA DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 281.517.138-44, do sinistro de DPVAT cobertura INVALÍDOR da Vítima FELIPE SOUZA DO NASCIMENTO inscrito (a) no CPF sob o Nº 281.517.138-44, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Av. Fernandes</u>		Número <u>366</u>	Complemento
Bairro <u>PRIMEIRO</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado	CEP
Email <u>MS ASSessoria DE@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(61) 81764047</u>

OLINDA, PE de 21.03.19
Local e Data


Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 11/12/2018 13:49



Nome Paciente: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 06/05/1973
Sexo: Masculino
Idade: 45
Senha: 0109
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 11/12/2018 13:53 - 11/12/2018 13:54

DANIELLE FRANÇA D'ALBUQUERQUE ALVES - COREN: 133786 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR LOMBAR E MID E ESCORIAÇÕES EM MAOS APOS QUEDA DE MOTO SIC

Observação:

NEGA ALERGIA

HAS-

DM-

Programa sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- P.A. DISTOLICA: 60.00 MMHG

- P.A. SISTOLICA: 133.00 MMHG

Acolhido(a) por: DANIELLE FRANÇA D'ALBUQUERQUE ALVES - COREN: 133786 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO
Data Impressão: 11/12/2018 13:54

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 12/12/2018 17:15



Nome Paciente: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 06/05/1973
Sexo: Masculino
Idade: 45
Senha: 0162
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 12/12/2018 17:15 - 12/12/2018 17:15

MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

RETORNOU DO HMA DIA 12/12/18
DOR NA LOMBAR + MID E ESCORIOCOES NA MAO AOS AC DE MOTO

Observação:

NEGA ALERGIA
NEGA HAS E DM

Fotograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MIRELLA DE PAULA BARBOSA CORREIA - COREN: 452782 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 12/12/2018 17:15

UPA 24 HORAS - IGARASSU

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 13/12/2018 17:59



Nome Paciente: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 06/05/1973
Sexo: Masculino
Idade: 45
Senha: 0166
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Período: 13/12/2018 18:00 - 13/12/2018 18:00

MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade:

URGÊNCIA - AMARELO

Cor:

AMARELO

Queixa Principal:

DOR LOMBAR + ESCORIAÇÕES NAS MÃOS
ACIDENTE DE MOTO

Observação:

PACTE HÁ MAIS DE 24 HS NA UNIDADE

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

criminator(es):

- DOR MODERADA (4 - 7/10)

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: MARIA DA C. BATISTA DA C. DOS SANTOS - COREN: 377382 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 13/12/2018 18:00

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()

Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA

554637

Nome do Paciente:

Elvina

IDENTIFICAÇÃO

Idade:

45

Sexo: M () F () Profissão:

Fone:

Endereço Residencial:

Bairro:

Cidade:

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador:

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada Metros

() Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo () Arma Branca/Tipo:

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar:

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

História Clínica Atual:

Acidente de trânsito com trauma no tórax

Hipótese Diagnóstica:

Ex. Tórax / 2.2.20 / Jase no S. 4.1.2.5

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): Temperatura: F.C.: P.A.: x

Vias Aéreas: FR Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()

Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()

Distúrbio Fala/Choro: S () N ()

Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()

Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()

Coloração da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()

Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 30-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Processo:

GESTÃO DE PESSOAS

CÓDIGO

F.AT.SAM.01

REVISÃO

00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAIDOS
EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO INDETIFICADO (A).

NOME: Elenildo José do NascimentoREGISTRO: 761347 DATA DE NASCIMENTO: 06/05/1973RG: 384955236 ORGÃO EMISSOR: SSP/SPENDEREÇO: Rua: Amazonas nº 227 Bairro:
JaraguáNOME DA MÃE: Cecy Moraes de LimaDATA ADMISSÃO: 13/12/2018 DATA ALTA: 20/12/2018DATA DO PROCEDIMENTO: 17/12/2018 CID: S82.6DIAGNÓSTICO: Fratura do malleolo Lateral DireitoTRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura Unimaleolar do Tornozelo DireitoMÉDICO: Leonardo SilveiraCREMEPE: 16118JABOATÃO DOS GUARARAPES, 07 DE Janerio DE 2019.

Dr João Paulo Romero
Ortopedia/Traumatologia
CREMEPE 22622

MÉDICO

Convênio: SUS - INTERMAG

Abandimento: 190619

Nascimento: 06/05/1973

Responsável:

Prontuário: 761247

Sexo: Masculino

Nome: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data e Hora do Abandimento: 13/12/18 22:02:30

Idade: 45 Anos, 7 Meses e 7 Dias

Profissão:

Etnicidade:

CPF:

Identidade: 364955216

Telefone:

Cônjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS: 918002183549474

Nome da Mãe: DECY ALVES DE LIMA

Nome do Pai: EDINEI JOSE DO NASCIMENTO

Endereço: RUA CORA, FOSFATO, CEP: 52830350, Nº 130, AEREO LIMA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermagem / Lado: ENF 15 - LEITO 04

Fórmula: MILTON TELES DE MENDONÇA - URN: 6262

CD:

RESUMO DE INTERNAÇÃO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA DE TORNOZELO DIREITO + FRATURA DE 2º QDD + FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FISICO GERAL:

EGR, EUPNEICO, AFERILSEM EDEMAS

AP - CARDIO - VESICULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - UROLOGICO:

OUTROS:

HIPOTHESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE TORNOZELO DIREITO + FRATURA DE 2º QDD + FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONÇA - CPF: 6262

SUMÁRIO DE ATENDIMENTO

Nome: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Prontuário: 761047

Abandimento: 190519

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Sexo: Masculino

Leito: ENF 15 - LEITO 04

Diagnóstico Inicial (Constante do Laudo Médico):

FRATURA MALLEOLO LATERAL DIREITO

CID: S825

Procedimento Solicitado: Q408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Tempo de permanência Previsto:

Procedimento S.O.S. Realizado: Q408050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico: ANDRE LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

3. Auxílio Cirúrgico:

05. Demais Auxílios Cirúrgicos:

06. Anestesiólogo: DILMA SOUZA CANUTO DOS ANJOS

07. Clínico:

08. Clínico:

Procedimentos Especiais:

- ☐ Mudança de Procedimento
- ☐ Diária de UTI
- ☐ Diária de Anestesiologia
- ☐ Vacina Anti - A

- ☒ Uso de Prótese Órtese
- ☐ Uso de Fatores de Coagulação
- ☐ Uso de Oxigenadores
- ☐ Nutrição Parenteral

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO, SEM INTERCORRENCIAS

Diagnóstico Principal: S825 - FRATURA DO MALLEOLO LATERAL

Diagnóstico Secundário:

Motivo de Alta:

Data de Internação: 13/12/2015

Data de Alta: 20/12/2015

Dias de Hospitalização:

dia(s).

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRX: 15459

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Prontuário: 761347

Atendimento: 190519

Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: -45 Anos, 7 Meses e 11 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S926 - FRATURA DO MALÉCLO LATERAL

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0405050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Data: 17/12/2018

01. Cirurgião: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

2. Auxílio Cirúrgico: ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

04. Instrumentação:

Anestesia: RAQUIANESTESIA

05. Anestesia:

07. Anestesiista:

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS
INCISÃO LONGITUDINAL POSTERIOR SOB MALÉCLO LATERAL DIREITO
ABERTURA POR PLANOS
VISUALIZAÇÃO DO FOCO DE FRATURA
REDUÇÃO O MAIS ANATÔMICA POSSÍVEL DO SEGUIMENTO FRATURÁRIO
APOSEIÇÃO DE PLACA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
CONTROLE COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
LAVAGEM COM 5% IODINE
SUTURA
CURATIVO TIPO JONES

Dr. Leonardo Silveira
Cirurgião Assistente de
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15115 - São Paulo 10/10/18

FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

CRM: 25489

EXCELSIOR SEGUROS

25 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente ERENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data de nascimento 06, 05, 1973 RG 384955216 SSP CPF

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 11, 12, 2018

Nº do B.O. 19E0118000654

Resumo clínico

Paciente vítima de acidente de trânsito do tipo
forte impacto na cabeça + torção do pescoço

Diagnóstico Torção do pescoço direito + fratura base do 3º MTC 4 AN.

Tratamento Uso de collar de torção de 4 peças + os parafusos verticais

Sequelas 1. Deformidade anterior + deambulação precária
+ limitação dos movimentos de flexão do pescoço
por aproximadamente 70%.

Data da alta ambulatorial definitiva 15, 04, 19 Obs: fraturas definitivas

Abreu e Lima, 15 de Abrel de 2019

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278

EXCELSIOR SEGUROS
22 ABR. 2019
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS
 1104042482

NOME
 ELNILDO JOSE DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
 384955216 SSP SP

CPF
 281.517.136-44

DATA NASCIMENTO
 06/05/1973

RELACÃO
 EDIMIS JOSE DO
 NASCIMENTO
 CECY ALVES DE LIMA

PERMISSÃO
 ACC
 CAT. HAB.
 33

Nº REGISTRO
 96108064983

VALIDADE
 25/03/2019

1ª HABILITAÇÃO
 01/07/2014

DESTINAÇÕES
 Exerce Ativ Remunerada

Elnildo Jose do Nascimento
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO
 01/07/2015

[Assinatura]
 ASSINATURA DO EMISSOR

58267751585
 PR067385818

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1104042482

EXCELSIOR SEGUROS
 25 MAR. 2019
 SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
Nº 013816098591
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM 204304433
FANTIC *****
EXERCÍCIO 2018

ELIENILDO JOSE DO NASCIMENTO

ABREU E LIMA - PE

281.517.138-44

PEE7392

PLACA/ANVIA ***** 9C2NC4310BR033562

ESP. TIPO P33 MOTOCICLETA

MARCA/MODEL HONDA/CB 300R

CAP/OT/CL 2P/291CL

CATEGORIA PARTIC

COB PRETENDANTE AZUL

VENO COTA ÚNICA

VENO/COTAS 1ª *****

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) ICF (R\$) PRELIM TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

REGURO EAGQ

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

ABREU E LIMA - PE

02/04/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS E PRESSIONES CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIAS TERRESTRES QUE POR SUA CARDA APRESSO SE TRANSPORTAM COM O SEGURO DPVAT

PE Nº 013816098591 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ELIENILDO JOSE DO NASCIMENTO

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

ABREU E LIMA - PE

2018

02/04/18

VIA - COD. RENAVAM 281.517.138-44

PLACA PEE7392

MARCA / MODELO HONDA/CB 300R

ANO FAB. 2011

Q.T. LITR. 09

9C2NC4310BR033562

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) DENOM. (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)

PAGAMENTO

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHPJ 013 248.408/0001-04

NOV-2017

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS

25 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190227529 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 11/12/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE BASE DO 5º METACARPO ESQUERDO.
FRATURA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.
FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DO TORNOZELO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS (P.9) - TORNOZELO DIREITO.
TRATAMENTO CONSERVADOR NAS DEMAIS LESÕES.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190227529

Cidade: Paulista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data do acidente: 11/12/2018

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

PARECER

Diagnóstico: Fratura de maléolo lateral direito, fratura de segundo quirodáctilo direito, fratura de 5 metacarpo esquerdo.

Descrição do exame físico: Vítima com bloqueio articular do segundo dedo da mão direita, com limitação na flexão (20 graus), com déficit de força médio. Apresenta consolidação viciosa do 5 metacarpo esquerdo, realiza flexão a 25 graus, com déficit da força da mão de grau residual. Edema em tornozelo direito, com bloqueio articular, realiza flexão plantar a 35 graus, dorsal a 20 graus, déficit de força médio, sem alteração da marcha, presença de cicatriz cirúrgica.

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com osteossíntese da fratura de tornozelo, imobilização nas demais lesões, evoluindo sem complicações.
Fez fisioterapia.
Recebeu alta médica em 04/2019.

Sequelas permanentes: Limitação funcional moderada do tornozelo esquerdo.
Limitação funcional moderada do segundo quirodáctilo direito.
Limitação funcional residual da mão esquerda.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/05/2019

Conduta mantida: Não

Observações: Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do tornozelo esquerdo.
Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade do segundo quirodáctilo direito.
Vítima após término do tratamento, com quadro de restrição sequelar da mobilidade da mão esquerda.
OBS : Trata-se de sinistro com pagamento.
Vítima indenizada em 50% do Tornozelo esquerdo, recebe agora indenização complementar.

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 uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			12 %	R\$ 1.620,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190227529

Nome do(a) Examinado(a): ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA AMAZONAS, 227 - Abreu e Lima/PE -
CEP 53580-030

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 384955216 - ssp sp - 10/09/2003

Data e Local do Acidente : 11/12/2018 - Paulista, PE

Data e Local do Exame : 07/05/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

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

fratura de maleolo lateral direito, fratura de 2 QDD, fratura de 5 metacarpo esquerdo

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

Tratado cirurgicamente com osteossíntese da fratura de tornozelo, imobilização nas demais lesões, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias.

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

vítima com bloqueio articular do 2º dedo da mão direita, com limitação na flexão (20 graus), com déficit de força médio. Apresenta consolidação viciosa do 5º metacarpo esquerdo, realiza flexão a 25 graus, com déficit de força da mão de grau residual. Edema em tornozelo direito, com bloqueio articular, realiza flexão plantar a 35 graus, dorsal a 20 graus, déficit de força médio, sem alteração da marcha, presença de cicatriz cirúrgica.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

limitação de grau medio de tornozelo direito, com bloqueio articular, residual de mão esquerda, com consolidação viciosa, medio do 2 dedo da mão direita com bloqueio articular.

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

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

2 dedo da mão direita

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

Região Corporal

mão esquerda

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

Região Corporal

tornozelo esquerdo

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

Região Corporal

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

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



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA

Eleineide José do Nascimento

DATA DO ACIDENTE

11.12.18

CPF DA VITIMA

281.517.138-44

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

E-MAIL

TELEFONE ()

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

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

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(V) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

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

() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E DO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES (QUITADA)

() NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEIVO DO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

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

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIREM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

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

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

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

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

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

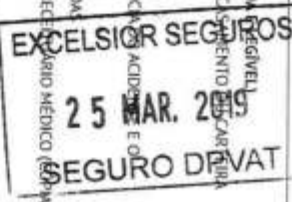
ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

RG / CNH / TPS: 38.495.521, **CPF** 281.517.138-44

End: RUA AMAZONAS, 227, FOSFATO, ABREU E LIMA

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA

RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE **CPF:** 012.891.554-45

End: AV. TIRADENTES Nº 366, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que configura como vítima:

ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 281.517.138-44



Abreu e Lima, 17 de 01 de 19

Elenildo Jose do Nascimento

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

EXCELSIOR SEGUROS

25 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
BEL. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabelião / Rua Cel. Urbano Ribeiro de Sena, Nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep. 53.525-569 - Fones: (81) 3542-1381/3541-6572 - cartorioalfredomariano@gmail.com



Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO, Abreu e Lima/PE, 17/01/2019 10:09:29, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99 TSNR: R\$ 0,80 Total: 4,79 RC-5-70239

Alfredo Mariano

Maria José Carneiro da Silva - Escrevente

Selo Digital: 0150607.0GT01201901.02603

consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/portal



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100860/19

Número do Sinistro: 3190227529

Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

CPF: 281.517.138-44

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/12/2018

Titular do CPF: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

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

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 22/04/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/04/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 26 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190227529

Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190227529

Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000003715-3

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





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, 30 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190227529

Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190227529

Vítima: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 11/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.620,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.620,00

Banco: 104

Agência: 000003122

Conta: 000003715-3

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,



ASL- 0200860119



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118000654**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/01/2019** às **09:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **11/12/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE ARTHUR LUNDGREN I (BAIRRO), 1, RODOVIA BR 101, EM FRENTE AO SENAI** - Bairro: **ARTUR LUNDGREN - I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE)
ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO**

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

ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CECY ALVES DE LIMA** Pai: **EDINIZ JOSE DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **6/5/1973** Naturalidade: **ABREU E LIMA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **384955216/SSP/SP (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **PEDREIRO(A)** Telefones Celulares: **- 83345285**

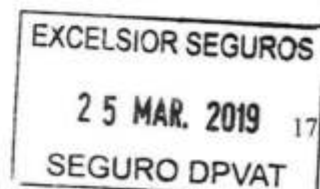
Endereço Residencial: **RUA GENERAL ABREU E LIMA, 227, RUA AMAZONAS, FOSFATO - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEE7392** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)



Ano Fabricação/Modelo: **2011/NÃO INFORMADO**Descrição: **HONDA CB 300**

Complemento / Observação

NESTA DELEGACIA O QUEIXOSO INFORMOU QUE TRAFEGAVA PELA RODOVIA BR 101, QUANDO NAS IMEDIAÇÕES DO SENAI, HAVIA UMA MADEIRA DA PISTA, LOGO TENTOU SE DESVIAR DA MESMA, NAO CONSEGUINDO O SEU INTENTO, VINDO A COLIDIR CONTRA A MESMA, MOMENTO EM QUE O QUEIXOSO CAIU AO SOLO FRATURANDO O TORNOZELO, SENDO SOCORRIDO PARA A UPA DE IGARASSU, RECEBENDO OS PRIMEIROS SOCORROS, (ATENDIMENTO 1032431), EM SEGUIDA PARA O HOSPITAL MEMORIAL DE JABOATAO, ONDE FOI FEITO A CIRURGIA EM SEU FERIMENTO, CONFORME ATENDIMENTO 190619.

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



ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO
(VITIMA)



B.O. registrado por: **MARLENE VERA DA SILVA** - Matrícula: **3848418**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 281.517.138-44 Nome completo da vítima: Elenildo José do Nascimento

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

Nome completo: ELENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO CPF: 281.517.138-44

Profissão: _____ Endereço: RUA AMAZONAS, 227 Número: _____ Complemento: _____

Bairro: FOSFATO Cidade: ARACUÁ - LIMA Estado: PE CEP: _____

E-mail: MS ASSURONIA@HANA.L Tel. (DDD) 81 76 4043

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 3122 13 CONTA: 00003415 3

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Recife 22.03.19.

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Elenildo José do Nascimento

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____ CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura
25 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Classificação:

0109

Sexo: MASCULINO

Data do Nascimento: 06/05/1973 **Idade:** 45 anos **Convenio:** 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome do Pai:

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

130

Bairro: FOSFATO

PF

Cep: 53580550

Usuário Atendimento: ANAPPN

RG (Identidade): 384955216

SSPSP

Data de Emissão:

CNS : 898002385549478

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone:88812594

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

PESO: _____ ALTURA: _____ TEMPERATURA: _____ °C FC: _____ bpm FR: _____ rpm PA: _____ mmHg
DATA: ____/____/____ HORA: 14:10

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

Autoservie de vite la Târlă. La vîr (5) de
Târlă (5) și E stîm. Ser outas'

EXAME FÍSICO:

ME FÍSICO: EUU= IS, W=600 VENTILADORA, MUBIMU OS
4 MACHOS, PERSECUÇÃO DE ESQUAVOS
VAT EX 21100 PERSECUÇÃO DE ESQUAVOS DA
HAB (S) U (E) SEM SAÍDA DE SAVORÉ A DIBITO
PROSSO

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

FESE (S) DIAGNOSTICA (S):
 Feature do Tumor do Ovario / Rx do 2º 3º 4º
 Feature do base do 2º 3º 4º (E)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

EXCELSIOR SEGUROS

~~25 MAR. 2019~~

~~SEGURO PRIVAT~~ ~~HORÁRIO~~

PRESCRIÇÃO-MÉDICA

1) TAVA GABARA WAD (D) u (E)
2) TAVA JITA (E)
3) WEFAWTAK 2 (1) D. 16:4
4) JITA WAD

Médico / Cremepe:

5) $\frac{1}{2} \times \frac{1}{2} = \frac{1}{4}$ $\frac{1}{4} \times \frac{1}{4} = \frac{1}{16}$ $\frac{1}{16} \times \frac{1}{16} = \frac{1}{256}$ $\frac{1}{256} \times \frac{1}{256} = \frac{1}{65536}$ $\frac{1}{65536} \times \frac{1}{65536} = \frac{1}{4294967296}$

ENCAMINHADO:

() Ambulatório () Sala Verde ~~() Sala Amarela~~ () Sala Vermelha

Médico / Cremepe:

62) Puffins, 12/12/2000 21:00 03:18 46:45 04/16
 DE 12/12/2000 21:00 03:18 46:45 04/16
 7. 5500 + 6600 21:00 03:18 46:45 04/16
 Tanager

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: 02/04/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000003715-3

Nr. da Autenticação 45C617CB6A83CA45

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.620,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03122

CONTA: 000000003715-3

Nr. da Autenticação D3419EAD7599C57F

Tricard
mais



CTC RECIFE PE PL2

GENICE CRISTINA SILVA TORRES

RUA AMAZONAS 227

CASA FOFAPO

53580-030 ABREU E LIMA PE



Z71013010860041000007061230141116



DL Post: 14/11/2016

DL Valor: 20/11/2018

TRICA01H_AA_08112018_CSP_BVALIDO_001 - ID 875389 - C

EXCELSIOR SEGUROS

25 MAR. 2019

SEGURO DPVAT