



Número: **0044121-81.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 12ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.192,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
PAULO FERNANDO BEZERRA DE MENEZES FILHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69139468	06/10/2020 17:31	ANEXO 1	Outros (Documento)

3823/539209692/003	ABRIL COMUNICACOES S/A 23728 CORPORATE				2372-8/0026707-4
VENCIMENTO	DATA DO DOCUMENTO	NP DO DOCUMENTO	ESPECIE DO DOCUMENTO	DATA PROCESSAMENTO	MOSSO NUMERO
20/10/2019	29/11/2018	3823/539209692/003	2372-8	20/11/2018	09/69900208787-8
AGENCIACAO CEDENTE	USO DO BANCO	CARTERA	ESPECIE	PARCELA	QTD DE MOEDA
2372-8/0026707-4		000	DE	0,0000000000000000	1
					VALOR DO DOCUMENTO
					30 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
- 25 MAR. 2019
SEGURO DPVAT



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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/BIBLIOTECASWEB/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 Carla Antônia Menezes Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554-45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Elevaldo José do Nascimento inscrito (a) no CPF sob o Nº 281.517.138-44 do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Elevaldo José 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. Financas</u>		Número <u>366</u>	Complemento
Bairro <u>01010000</u>	Cidade <u>06101000</u>	Estado	CEP
Email <u>MS ASSessoria de @hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(51) 81764047</u>

06101000, de 21.03.19
Local e Data

[Assinatura]
Assinatura do Declarante

EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

DLRL001 V001/2017



Atendimento: 1032431

Classificação:

01/09

Data e Hora: 11/12/2018 14:02

Paciente: 67925 ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO Sexo: MASCULINO
Nome Social :
Data do Nascimento: 06/05/1973 Idade: 45 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: CECY ALVES DE LIMA Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: CEARA -- 130 Bairro: FOSFATO
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE 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: 01/09

PESO: ALTURA: TEMPERATURA: °C FC: bpm FR: rpm PA: mmhg
DATA: HORA: 14:10

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

AVISANTE DE QTD DA TENDÃO DA 4ª (5) E
TENDÃO (5) E 5m. SEM OUTRAS
SINTOMAS

EXAME FÍSICO:

ECG: IS, NEDON VARIÁVEL, HUBIRIA OS
4 HUBIRIA, PRESSÃO DE ESQUERDA
VAL 12/12/18, PRESSÃO DE ESQUERDA DA
HAB (5) E (5), SEM SAÍDA DE SANGUE A DITO
PRESSÃO

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

FRATURA DO TENDÃO DIREITO / EX DO 23 ANOS
FRATURA DA BASE DO SE HUBIRIA (5)

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

CRM: 20912
Rodrigo Viana Lapina
Ortopedia - Traumatologia

EXCELSIOR SEGUROS

25 MAR. 2019

HORÁRIO
SEGURO DIÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

1) TAVA GABRIELA WIA (5) E
2) TAVA SITA (5)
3) WEFALIA 2 (1) DIA 16:45
4) DITA LINA

Médico / Cremepe:

5) DITA LINA 12 (1) DIA 16:45

ENCAMINHADO:

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

Médico / Cremepe:

6) PUFFEIO, SITA 12 DIA 16:45

CRM: 20912
Rodrigo Viana Lapina

7) SITA + WIA 12/12/18 16:45



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: **URGENCIA - 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

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de



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:	URGENCIA - AMARELO
Cor:	AMARELO
Queixa Principal:	RETORNOU DO HMA DIA 12/12/18 DOR NA LOMBAR + MID E ESCORIAÇÕES NA MÃO AOS AC DE MOTO
Observação:	NEGA ALERGIA NEGA HAS E DM
Formograma 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
Criminador(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 <u>SSK637</u>
IDENTIFICAÇÃO Nome do Paciente: <u>ELLENIA</u> Idade: <u>45</u>	
Sexo: M () F () Profissão: <u>0</u> 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 () Quada: () 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	
CAUSAS CLÍNICAS	
História Clínica Atual: <u>Acidente de trânsito no trabalho</u> <u>Exame físico normal</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>Ex. Torácico</u> / <u>2.º grau</u> / <u>base no se. 4.º e 5.º</u>	
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



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:	CÓDIGO	REVISÃO
GESTÃO DE PESSOAS	F.AT.SAM.01	00

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

NOME: Elenildo José do Nascimento

REGISTRO: 761347 DATA DE NASCIMENTO: 06/05/1973

RG: 384955236 ORGÃO EMISSOR: SSP/SP

ENDEREÇO: Rua: Amazonas nº 227 Bairro:
Garoto

NOME DA MÃE: Cecy Moraes de Lima

DATA ADMISSÃO: 13/12/2018 DATA ALTA: 20/12/2018

DATA DO PROCEDIMENTO: 17/12/2018 CID: S82.6

DIAGNÓSTICO: Fratura do malleolo Lateral Direito

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura Unimaleolar do Tornozelo Direito

MÉDICO: Leonardo Silveira

CREMEPE: 16118

JABOATÃO DOS GUARAPES, 07 DE Janerio DE 2019.

Dr João Paulo Romeiro
Ortopedia Traumatologia
CREMEPE 22622

MÉDICO



Convênio: SUS - INTERNACAO Abandimento: 190619 Nascimento: 05/05/1973
 Responsável: Prontuário: 7513-7 Sexo: Masculino
 Nome: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO Data e Hora do Abandimento: 19/12/18 22:08:30
 Idade: 45 Anos, 7 Meses e 7 Dias Profissão: Escolaridade:
 CPF: Identidade: 384955216 Telefone:
 Cônjuge: Estado Civil: Cartão SUS: 91800118354947
 Nome da Mãe: DECY ALVES DE LIMA Nome do Pai: EDINEI JOSE DO NASCIMENTO
 Endereço: RUA COARA, FOSFATO, CEP: 52180550, Nº 100, ABRUJO LIMA - PE
 OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA Enfermo / Leito: EMF 15 - LEITO 04
 Médico: MILTON TELES DE MENDONÇA - CRM: 5162 CID:

RESUMO DE INTERNAÇÃO

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

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

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NDN

EXAME FISICO GERAL:

EGR. EUPNEICO AFEBRILEM BOAS

AP - CARDIO - VENTILACAO:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

NDN

ABDOMEN:

NDN

AP - GENITO - URINARIO:

OUTROS:

HIPOTESE DIAGNOSTICA:

FRATURA DE TORNHELO DIREITO + FRATURA DE 2ª QDD + FRATURA DO 5º METACARPO ESQUERDO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

MILTON TELES DE MENDONÇA - CRM: 5162



5

SISTEMA DE ADESÃO E ABRA

Prontuário: 761347

Unidade de Internação: CLÍNICA CIRÚRGICA ORTOPÉDICA

Labo: ENF 18 - LEITO 04

FRATURA MALLEOLO LATERAL DIREITO

010 5526

Procedimento Subscrito: 0436050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Tempo de permanência previsto:

Procedimento S.E. Realizado: Q402050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Gratificação: LEONARDO DE LIMA SILVEIRA.

02. 1. Auxílio Alimentar: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA.

2. Auxílio Orçamentário: ANDRÉ LUIZ ADOLFO MOREIRA DA SILVA

2. Axial Circles:

05. Dermal Auxiliaries Circulicos:

05. CATEGORIA: DEMOLA BOUZA CARLITO DOS ANJOS

07. Clinica:

08. 01/06/2017

Procedimientos Especiales:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mudança de Procedimento | <input type="checkbox"/> Uso de Prótese Órtese |
| <input type="checkbox"/> Clima da UTE | <input type="checkbox"/> Uso de Fatores de Coagulação |
| <input type="checkbox"/> Clima da Administração | <input type="checkbox"/> Uso de Oxigenadores |
| <input type="checkbox"/> Vacine Anti -- B | <input type="checkbox"/> Nutrição Parenteral |

Resumo do Caso: PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO, SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico Principal: S82E - FRATURA DO NALÉULO LATERAL

Diagnóstico Secundário:

Motivo da Atz:

Data de Interação: 13/12/2018

Data de Alta: 20/12/2019 Dia de Hospitalização:

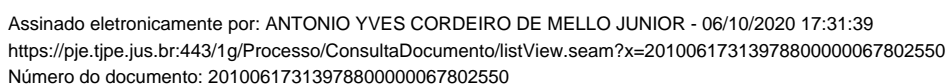
$$\mathcal{L}(\mathbf{a}) = \mathcal{L}(\mathbf{a}^*)$$

FRANCISCO DIEZ SORBORINA

CR. #: 25459

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEPHONE: 3482-6868 - www.hnipsa.org



Unidade: FRANCISCO DINIZ
Data: 17/12/2019 11:20:34
Hora: 11:20

Relatório Geral de Cirurgias

Nome: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Prontuário: 761347

Atendimento: 190619

Unidade de Internação / Leito: BNF 15 - LEITO 04

Sexo: Masculino

Idade: 45 Anos, 7 Meses e 11 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S026 - FRATURA DO MALÉCULO LATERAL

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): 0406050578 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOMELO UNIMALEOLAR

Data: 17/12/2019

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. Anestesia:

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA
ASSEPSE E ANTISSEPSE
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTERÉIS
INCISÃO LONGITUDINAL POSTERIOR NOS MALÉCULO 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 SPD 0,9%
SUTURA
CURATIVO TIPO JONES

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 ELENILDO 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 Prejuízo visual de acidente de trânsito de fato
João Tavares da Silva + Torção do pé direito

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

Tratamento Uso de gesso do tornozelo dinâmico + OS PÓS-OPERATÓRIOS CONJUNTO

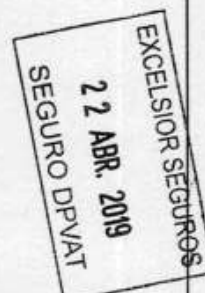
Sequelas 1. Deformidade angular + desalinhamento articular
+ limitação dos movimentos de flexão do pé direito
para aproximadamente 70%.

Data da alta ambulatorial definitiva 15 / 04 / 19 Obs: Tratamento definitivo

Abreu e Lima, 15 de Abril de 2019

Médico (CRM)

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



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

1104042482
 VÁLIDA EM TODOS
 O TERRITÓRIOS NACIONAIS

1104042482
 PROIBIDO PLASTIFICAR

NOME
ELENTILDO JOSE DO NASCIMENTO

DOC IDENTIDADE/ÓRG. EMISSOR/UF
384955216 SSP SP

CPF
281.517.138-44

DATA NASCIMENTO
06/05/1973

FLUXO
**RODINIA JOSE DO
 NASCIMENTO
 CECY ALVES DE LIMA**

PERMISSÃO
33

ACC
33

CAT. HAB.
33

Nº REGISTRO
06108064003

VALIDADE
29/03/2019

1ª HABILITAÇÃO
01/07/2014

OCCUPAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Assinatura do titular

ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO
01/07/2015

Assinatura do titular

ASSINATURA DO TITULAR

58287751585
 PE067385818

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

EXCELSIOR SEGUROS
 25 MAR. 2019
 SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CONTRAN **DENATRAN**

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

VIA: 284304433 COD. RENAVAM: 284304433 INTRC: 2019 DERECIO: 2019

ELENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO NOME

ABREU E LIMA-PE MARCA

201.517.138-44 CHASSI: **PEE7392**

********* 9C2NC4310BR033562

ESPECÍFICO **COMBUSTÍVEL**

PAG. MOTOCICLETA **GASOLINA**

MARCA/MODELO **HONDA/CB 300R** **ANO FAB.** **2011** **ANO MOD.** **2011**

CAP/MOT/CIL. **2E/291CL** **CATEGORIA** **PARTIC** **DEB. PRE. DOMINANTE** **AZUL**

COTA ÚNICA **VENIC. COTA ÚNICA** **1ª** *********

P. IPVA 2018 QUITADO **2ª** *********

V. 1 **PREMIO ALIQUOTACÔES** **3ª** *********

PREMIO TARIÁRIO (R\$) **ICF (R\$)** **PREMIO TOTAL (R\$)** **DATA DE PAGAMENTO**

SEGURO FASQ **OBSERVAÇÕES**

SEM RESERVA

ABREU E LIMA-PE **DATA** **02/04/18**

Charles Andrews Sousa Ribeiro

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS RESERVAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DEVIEM TER O BILHETE COM CARGA APRESSADA E TRANSFERIRADAS COM AÇÃO SEGURO DPVAT

PE Nº 013816098591 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ELENILDO JOSÉ 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 **EXERCÍCIO** **DATA EMISSÃO**

2019 **02/04/18**

VIA **201.517.138-44** **PLACA** **PEE7392**

RENAVAM **HONDA/CB 300R** **MARCA/MODELO**

ANO FAB. **2011** **DATA** **09** **Nº CHASSI** **9C2NC4310BR033562**

PREMIO TARIÁRIO

PREMIO (R\$) **PREMIO (R\$)** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**

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

COTA ÚNICA **PAGAMENTO** **PARCELADO** **DATA DE QUITAÇÃO**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

NOV-2017

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 - Órgão 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 sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** [X] Sim [] Não



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

limitação 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 Elenildo José do Nascimento
DATA DO ACIDENTE 11.12.18 CPF DA VITIMA 281.517.138-44
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
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

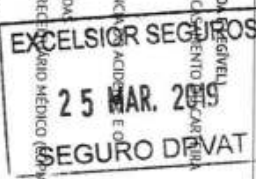
- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) 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 CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 A 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 SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E DO TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES, QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEIVO MEDICO (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 CONFEREM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS 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 A 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.DPVATSEGURODOTRANSITO.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, ABRÉU 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



ABRÉU 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. 53.525-560 - Fones: (81) 3542-1381/3541-8572 - 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
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

Maria José Carneiro da Silva - Escrevente
Selo Digital: 0150607.0GT01201901.02603

Cartório Alfredo Mariano
Notas
Protesto
Abreu e Lima



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

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

Data do acidente: 11/12/2018

Titular do CPF: ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

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





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, 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

Carta nº 14102610

Pag. 01707/01708 - carta_01 - INVALIDEZ

00010854





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, 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.

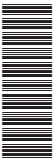
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01087/01088 - carta_15R - INVALIDEZ

00020544





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

Pag. 00289/00300 - carta_02 - INVALIDEZ

00030150



Carta nº 14252629





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de 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- 020086-0119



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 (Consumado) 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**

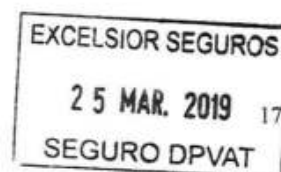
Endereço Residencial: **RUA GENERAL ABREU E LIMA, 227, RUA AMAZONAS, FOSFATO - CEP: 55000-000 - Bairro: ENGENHO MARANGUAPE - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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:	Nome completo da vítima:
	281.517.138-44	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:	CPF:	
ELENILDO JOSÉ DO NASCIMENTO	281.517.138-44	
Profissão:	Endereço:	Número:
	RUA AMAZONAS, 227	
Bairro:	Cidade:	Estado:
FOFATO	ARACAJU	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
MS ASSURONIA @ HANA L.		81 76 4043

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

RENDA MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 3122 13 CONTA: 0000 3415 3 <small>(Informar o dígito se existir)</small>	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ <small>(Informar o dígito se existir)</small>

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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura
25 MAR. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, em sua presença, 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.

FPS.001 V001/2018



Atendimento: 1032431

Classificação:

Data e Hora: 11/12/2018 14:02

01/09

Paciente: 67925 ELENILDO JOSE DO NASCIMENTO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

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

Nome da Mãe: CECY ALVES DE LIMA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA

CRM: 1234567

Endereço: CEARA

--

130

Bairro: FOSFATO

Cidade/UF: ABREU E LIMA

PE

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:

01/09

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

QUEIXA PRINCIPAL / DURAÇÃO / HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL

QUEIXA DE DOR NA REGIÃO DA COTAÇÃO DE 10/10/18
DO LADO DA COTAÇÃO DE 10/10/18
DO LADO DA COTAÇÃO DE 10/10/18

EXAME FÍSICO:

EXAME FÍSICO: EXAME FÍSICO, NENHUM SINAL DE LESÃO, NENHUM SINAL DE LESÃO, NENHUM SINAL DE LESÃO
NENHUM SINAL DE LESÃO, NENHUM SINAL DE LESÃO, NENHUM SINAL DE LESÃO
NENHUM SINAL DE LESÃO, NENHUM SINAL DE LESÃO, NENHUM SINAL DE LESÃO
NENHUM SINAL DE LESÃO, NENHUM SINAL DE LESÃO, NENHUM SINAL DE LESÃO

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): LESÃO DO TENDÃO DE ADEQUAÇÃO DO LADO DA COTAÇÃO DE 10/10/18
LESÃO DO TENDÃO DE ADEQUAÇÃO DO LADO DA COTAÇÃO DE 10/10/18

SOLICITAÇÃO DE EXAMES:

CRN: 2012
Ortopedia - Traumatologia
Rodrigo Viana Lages

EXCELSIOR SEGUROS

25 MAR. 2019

HORÁRIO
SEGURO DIÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

- 1) TAVIA GABRIELA 10/10/18
- 2) TAVIA GABRIELA 10/10/18
- 3) TAVIA GABRIELA 10/10/18
- 4) TAVIA GABRIELA 10/10/18

Médico / Cremepe:

5) TAVIA GABRIELA 10/10/18

ENCAMINHADO:

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

Médico / Cremepe:

6) TAVIA GABRIELA 10/10/18

CRN: 2012

7) TAVIA GABRIELA 10/10/18



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



Z7191381056004 18000000000230141116



DL Post: 14/11/2016 DL Voto: 21/11/2018

TPLCAMIN_AJ_08112018_CEP_BAVALDO_001 - ID 875309 - C

EXCELSIOR SEGUROS
25 MAR. 2019
SEGURO DPVAT

