
Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200025205

Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), GERSON DANIEL DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200025205

Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERSON DANIEL DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Recebedor: GERSON DANIEL DA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001028

Conta: 00000126965-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 051.763.204-79 4 - Nome completo da vítima: GENSON DANIEL DA SILVA

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

5 - Nome completo: GENSON DANIEL DA SILVA 6 - CPF: 051.763.204-79

7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA DR. ARISTACIO DANTAS ARAÚJO 9 - Número: 119 10 - Complemento:

11 - Bairro: CASARUA 12 - Cidade: RIO DE JANEIRO 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 20980-970

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 764049

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

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

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 126965 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200025205
Nome do(a) Examinado(a): Gerson Daniel da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Dr Aristacho Dourado de Azevedo, 119
Caxanga Recife PE CEP: 50980-470
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6110464
Data local do acidente: [16/10/2019]
Data local do exame: [27/01/2020] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 16/10/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA FIXAÇÃO DE FRATURA COM USO DE PLACA TERÇO CANULADO 3.5 MM MAIS 5 PARAFUSOS CORTICAIS E PARAFUSO MALEOLAR MAIS ARRUELA DE COMPRESSÃO EM MALEOLO MEDIAL, RECEBEU ALTA APÓS 24 HORAS COM USO DE IMOBILIZAÇÃO TIPO TALA BOTA POR 30 DIAS COM RETIRADA DA CARGA SOBRE O MEMBRO. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DE 2,5 CM, MARCHA CLAUDICANTE, DOR DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM APOIO DO CALCÂNEO AO SOLO, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS.
Data da Alta: 17/10/2019

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

AO EXAME DO TORNOZELO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (3+/4+), CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DE 2,5 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO ONDE NÃO É POSSÍVEL MENSURAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA DE FORMA INTENSA, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, RIGIDEZ DURANTE A MANOBRA DE INVERSÃO E EVERSÃO EM 5°. MARCHA CLAUDICANTE, DOR DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM APOIO DO CALCÂNEO AO SOLO, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim () Não

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

**BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO ONDE NÃO É POSSÍVEL MENSURAR
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°
COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II
RIGIDEZ DURANTE A MANOBRA DE INVERSÃO E EVERSÃO EM 5°**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

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

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

() "Vítima em tratamento"

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

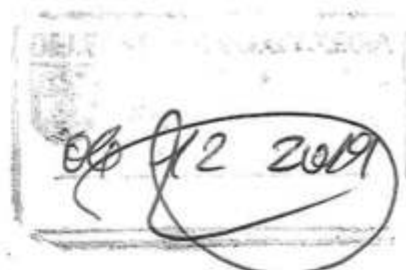
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 018ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACAXEIRA -
DP18ªCIRC DIM/5ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. 19E0108002958

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/12/2019** às **10:48**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 16/10/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE APIPUCOS (BAIRRO), 1 - Bairro:**
APIPUCOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
GERSON DANIEL DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): GERSON
DANIEL DA SILVA

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

GERSON DANIEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
LUZINETE JOSEFA DA SILVA Pai: ISMAEL DANIEL DA SILVA Data de Nascimento:
21/9/1984 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: RUA DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO, 119 - CEP:
55000-000 - Bairro: CAXANGA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial - Telefone de Contato: -

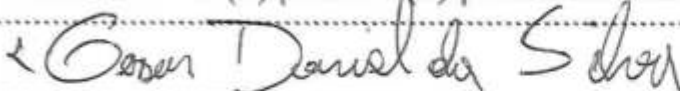
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): GERSON DANIEL DA SILVA, que
estava em posse do(a) Sr(a): GERSON DANIEL DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Complemento / Observação

GERSON DANIEL RELATOU QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA E QUE QUANDO ESTAVA PROXIMO AO HOTEL SENZALA (SENTIDO APIPUCOS/DOIS IRMAOES) UM CACHORRO SURTIU REPENTINAMENTE ATRAVESSANDO A VIA. QUE ACIONOU BRUSCAMENTE OS FREIOS DA MOTO, VINDO A SER PROJETADO AO SOLO. QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES SENDO CONDUZIDO PARA A EMERGENCIA DA UPA DA CAXANGA (ATENDIMENTO 81357252). QUE DO ACIDENTE RESULTOU FRATURA BIMALEOLAR ESQUERDA, CONFORME DIAGNOSTICO DO MESMO NUMERO DE ATENDIMENTO DAQUELA UNIDADE DE SAUDE PUBLICA.

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



GERSON DANIEL DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCIO HENRIQUE DE BARROS** - Matrícula: **319833-2**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 051.763.204-79 4 - Nome completo da vítima: GENSON DANIEL DA SILVA

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

5 - Nome completo: GENSON DANIEL DA SILVA 6 - CPF: 051.763.204-79

7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA DR. ARISTACIO DAVANZO ARAUJO 9 - Número: 119 10 - Complemento:

11 - Bairro: CASARUA 12 - Cidade: RIO DE JANEIRO 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 20980-970

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 81 764049

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 126965 AGÊNCIA: CONTA:

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.

22 - 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ 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.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 05/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

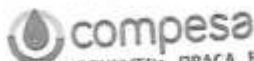
CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000126965-5

Nr. da Autenticação D16017FCCFE4A317



ATENDIMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUN. - S/N - DOIS IRMAOS R
ECIFE PE 52171-011

CNPJ 09.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DADOS DO CLIENTE
ISMAEL DANIEL DA SILVA
R DR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO, N. 00119 - CAXANGA RECIFE P
E 50980-470
INSCRIÇÃO: 340.355.169.0146 CEM GRUPO: 17 DEB. AUTOMATICO: 054686960

54686960 Nov/2019

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE BORNHAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A165166587	DATA LEIT. ANTERIOR 12/11/2019	DATA LEIT. ATUAL 12/12/2019	TIPO DE CONSUMO (A/B) REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 520 CONSUMO: 16
LEIT ATU: 536
LEIT FAT: 536

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

10/2019 19
09/2019 16
08/2019 15
07/2019 13
06/2019 13
05/2019 16
MÉDIA: 15

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	126	127	127
COR APARENTE	127	127	125
CLORO RESIDUAL	127	127	127
COLIF. TOTAIS	127	127	123
E. COLI	127	127	127

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	6 M3	30,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 10/2019		1,81
JUROS DE HORA 10/2019		0,11
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 11/2019		1,00

Nº Documento: 20190716217220

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADES D. CLISSE

MARIA CARMEM DE OLIVEIRA E SILVA

AV TIRADENTES, N. 00366 - - RIO DOCE OLINDA PE 53080-490

INSCRIÇÃO: 096.340.070.0260.000

GRUPO: 6

MATRICULA:

01621722.0

07/2019-3

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

RESPONSÁVEL

INTERESSE PARA ENTREGA

UNIDADE ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE BORMONIAS > COMERCIAL	IMPORTANCIA	NÚMERO
RESIDENCIAL A169332116	DATA LEIT. ANTERIOR 29/06/2019	DATA LEIT. ATUAL 29/07/2019			LEITO DE OBSERVAÇÃO REAL /REAL
ÁGUA LEIT. ANT.: 271 LEIT. ATUAL: 283 LEIT. FAT.: 283	CONSUMO: 12	ESGOTO LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:			VOLUME: 12
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
06/2019 9/ 9	A	PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZADAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
05/2019 8/ 8	A	TURBIDEZ	119	119	108
04/2019 9/ 9	A	COR AFARENTE	119	119	118
03/2019 7/ 7	A	COLOR RESIDUAL	119	119	107
02/2019 7/ 7	A	COLIFORMES TOTAIS	119	119	114
01/2019 9/ 9	A	E.Coli	119	119	117
MÉDIA 8/ 8	A	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA				
RESIDENCIAL 001 UNIDADE				
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3			41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	2 M3			9,48
ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)				
RESIDENCIAL 001 UNIDADE				
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)	10 M3			41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	2 M3			9,48
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019				1,72
DOACAO AO HOSPITAL DE CANCER 07/2019				1,00

PIS	101,56	1,65	1,68
COFINS	101,56	7,60	7,72

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR: 104,28

Emtido por: INTERNET

Emtido em: 30/07/2019

MATRICULA:

01621722.0

07/2019-3

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR:

104,28

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82880000001-4 04280018096-3 01621722001-7 07201930003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Carlo Antonio Mangabeira Feneria

Inscrito (a) no CPF/CNPJ

012.891.554/45

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gerson Daniel da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 081.763.201-79

do sinistro de DPVAT cobertura

Involuntar

da Vítima

Gerson Daniel da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº

/

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:

Av. Fim de Séc.

Número:

306

Complemento:

Bairro:

NO DOCE

Cidade:

OLINDA

Estado:

PE

CEP:

E-mail:

Tel. (DDD):

(81) 81764047

Local e Data:

OLINDA. 14. 01. 20



Assinatura do Declarante

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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/BIBLIOTECABEB/DOCORIGINALASPX?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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Antônio Mangabeira Ferreira

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554/45 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Gerson Daniel da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.763.204-79

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Gerson Daniel da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 051.763.204-79, 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. Fim de Séc.</u>	Número: <u>366</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>DO DOCE</u>	Cidade: <u>OLINDA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>53080-190</u>	Tel. (DDD): <u>81 766047</u>

Local e Data: OLINDA. 14. 01. 20



Assinatura do Declarante

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

16/10/2019

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

16/10/2019

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

GERSON DANIEL DA SILVA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Acidente vítima de queda de motocicleta,
e consequente fratura bem de len do TCRN C7, 8 e 9.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

esquerda e Corrim de CIRURGIA e estresse
Médico Unil + Médico Local

ALTA MÉDICA?

☒ SIM ☐ NÃO

FISIOTERAPIA (4x 15 min)

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?

☐ SIM ☒ NÃO

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

Acidente C7

GRAVE

FRATURA

2º

TCRN C7, 8 e 9

3º

defeito de flexão - extensão

4º

Falanga + defeito grave FUNCIONAL

5º

Símbolo defeito 75%

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE

14/01/20

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

14/01/20

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Maurício César Leal
CRM 12396

Nome:
15393-GERSON DANIEL DA SILVA

Idade: 35a 1m
Nascimento: 21/09/1984

Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-987919303

Mãe:
LUZINETE JOSEFA DA SILVA

Endereço:
DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE
AZEVEDO, 119 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE -
CEP: 50980470

Data do Atendimento: 16/10/2019

Prontuário: 00015393

Nº Atendimento: 01357252

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

RESUMO DE ALTA /TRANSFERÊNCIA

DATA: QUARTA-FEIRA, 16 DE OUTUBRO DE 2019

TIPO: TRANSFERÊNCIA

ACOMPANHAMENTO MÉDICO: NÃO

UNIDADE: HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

SENHA: 5794338

QP:

DORES NO NO TORNOZELO ESQUERDO APÓS ACIDENTECOM MOTO HÁ 1 HORA. NEGA SÍNCOPE E EMESE, em: 16/10/19 00:41

EVOLUÇÃO:

MEDICO: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA





Nome:
15393-GERSON DANIEL DA SILVA

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-987919303

Mãe:
LUZINETE JOSEFA DA SILVA

Idade: Nascimento:
35a 1m 21/09/1984

Endereço:
DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE
AZEVEDO, 119 - CAXANGÁ - RECIFE/ PE -
CEP: 50980470

Data do Atendimento: 16/10/2019

Prontuário: 00015393

Nº Atendimento: 01357252

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

FRATURA BIMALEOLAR ESQUERDOA, em: 16/10/19 00:41

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

TALA
TRANSFIRO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO, em: 16/10/19 00:41

MÉDICO: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Nome:
15393-GERSON DANIEL DA SILVA

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-987919303

Mãe:
LUZINETE JOSEFA DA SILVA

Idade: Nascimento:
35a 1m 21/09/1984

Endereço:
DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE
AZEVEDO, 119 - CAXANGA - RECIFE/ PE -
CEP: 50980470

Data do Atendimento: 16/10/2019

Prontuário: 00015393

Nº Atendimento: 01357252

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

REGISTRO CLÍNICO

QPD/HDA:

DORES NO NO TORNOZELO ESQUERDO APÓS ACIDENTE COM MOTO HÁ 1 HORA. NEGA SÍNCOPE E EMESE

EXAME FÍSICO:

EDEMA NO TORNOZELO

DIAGNÓSTICO:

FRATURA BIMALEOLAR ESQUERDOA


Coord. Médica
CRM: 11

Nome:
15393-GERSON DANIEL DA SILVA

Idade: Nascimento:
35a 1m 21/09/1984

Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-987919303

Mãe:
LUZINETE JOSEFA DA SILVA

Endereço:
DOUTOR ARISTACHO DOURADO DE
AZEVEDO, 119 - CAXANGA - RECIFE/ PE -
CEP: 50980470

Data do Atendimento: 16/10/2019

Prontuário: 00015393

Nº Atendimento: 01357252

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

Conduta:

TALA
TRANSFERO PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO

[Handwritten signature]
IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 16/10/2019 17:39:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: GERSON DANIEL DA SILVA

RG:

PESO:

IDADE: 35 Anos

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento:

21/09/1984

PRESTADOR ASSISTENTE: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

DATA DE ATENDIMENTO: 16/10/2019 00:39:54

ATENDIMENTO: 1357252

TEMPO DE PERMANÊNCIA: -17 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL:

DIAGNÓSTICO DE ALTA:

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: TRANS P/ HOF

PROCEDIMENTO DE ALTA:


CAXANGA
Coord. Médica
CRM: 11727

SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO
CRM-9756



Admissão: 327657

Leito: LEITO 02

Data: / /

HD:

CID 10:

S82.6

CIRURGIA REALIZADA:

**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO
COM PLACA E PARAFUSOS EM:
MÉDICO CIRURGIÃO:**

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- I- CEFALOXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;**

- ! - DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;**

- I - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.**

- 1 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 8H;

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 28/10/2019 as 17:00

Dr. (a)JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:



Armando Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: GERSON DANIEL DA SILVA (1625832)

Admissão: 327657

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 02

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

HD:

FRATURA TORNOZELO: DIR () // ESQ(X)

CID 10:

S82.8

CIRURGIA REALIZADA:

**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TORNOZELO
COM PLACA E PARAFUSOS EM:
MÉDICO CIRURGIÃO:**

Dr. JUAREZ

ORIENTAÇÕES:

- 1 - CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; NÃO PISAR; AUXÍLIO DE MULETAS.
- 4 - RETORNAR PARA REVISÃO CONFORME MARCAÇÃO AMBULATORIAL. ATENDIMENTO SOMENTE PARA PACIENTES MARCADOS, SEGUNDA, 8H;

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 28/10/2019 as 17:00

Dr. (a)JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DA JUSTICA

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICACAO

PE

1560848484

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROIBIDO PLASTIFICAR

GERSON DANIEL DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF

6110464 SSP PE

CPF

051.763.204-79

DATA NASCIMENTO

21/09/1984

PAISAGEM

ISMAEL DANIEL DA SILVA

LOKIMATE JOSEFA DA SILVA

VA

PERMISSAO

ACQ

CAT. HAB

VALIDADEZ

15/06/2022

1ª EMISSAO

25/10/2012

05628932479

OBSERVAÇÕES

A

RAE



ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSAO

12/01/2018



Carlos Anderson Souza Oliveira

Gerente Presidente

02104680106

PE083933973

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO



9824609
Frodio
Maurício

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

NOME: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: 6466408 SDS PE

CPF: 012.891.554-45 DATA NASCIMENTO: 15/10/1982

FLUIÇÃO: NÃO DECLARADO

TELMA LUCIA MANGABEIRA FERREIRA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: AB

Nº REGISTRO: 03938878503 VALIDADE: 17/08/2021 V. HABILITAÇÃO: 27/09/2006

OBSERVAÇÕES: Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: OLINDA - PE DATA EMISSÃO: 22/08/2016

ASSINATURA DO EMISSOR: 04086869567 PE074467743

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

VALIDADE EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1301697147

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 014807382469

VIA

1

CÓD. RENAVAM

587205520

R.N.T.R.C.

EXERCÍCIO

2019

NOME
GERSON DANIEL DA SILVA

RECIFE-PE

CPE/CONFI
051.763.204-79

PLACA

PGQ1663

PLACA ANT. L.P.

***** PE

CHASSI

9C2H00540DR158222

ESP. CEE TIPO
PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL

ALCO/GASOL

MARCA / MODELO

HONDA/EXR150 BROS ESD

ANO FAB.

2013

ANO MOD.

2013

CAP / POT / CIL

2P/149CL

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

IPVA 2019 QUITADO

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

PARCELAMENTO / COTAS

1 *****

2 *****

3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

80.11

ICF (R\$)

0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

84.58

DATA DE PAGAMENTO

29/01/19

SEM RESERVA

OBSERVAÇÕES

RECIFE

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

DATA

04/07/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200025205

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

Data do acidente: 16/10/2019

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA BIMALEOLAR DO TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO ESQUERDO: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME (3+/4+), CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DE 2,5 CM, BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO ONDE NÃO É POSSÍVEL MENSURAR, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, COMPROMETIMENTO DA FUNÇÃO DA ARTICULAÇÃO TÍBIO TÁRSICA DE FORMA INTENSA, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA GRAU II, RIGIDEZ DURANTE A MANOBRA DE INVERSÃO E EVERSÃO EM 5°, MARCHA CLAUDICANTE, DOR DURANTE A DEAMBULAÇÃO COM APOIO DO CALCÂNEO AO SOLO, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA GRAVE EM TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

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 intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Eunson David da Silva		
Data do Acidente:	CPF da vítima:		
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	☐ Vítima ☐ Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☒ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☒ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☒ Laudo do IML (cópia simples e legível)
- ☒ Declaração de Ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☒ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:
Identidade:
Assinatura:

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
- ☐ Registro de ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
- ☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
- ☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
- ☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

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)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- 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 ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	11/01/20
Nome:	Dr.
Assinatura:	Eunson

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: GERSON DANIEL DA SILVA

RG / CNH / TPS: 6.140.464 **CPF** 031.763.204-79

End: DR. ARISTACHO DOURADO AZEVEDO. 419 VAGZUA

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:

GERSON DANIEL DA SILVA

CPF: 031.763.204-79

RECIFE, 6 de 12 de 19



Gerson Daniel da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

PE Cartório de Registro Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda
Fone: (071) 3445-0001 - e-mail: 15cartoriojudicial@pe.jus.br

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
GERSON DANIEL DA SILVA
lançada em minha presença. Dou fê,
Recife, 06 de dezembro de 2019. Em
test. da verdade.

ANA PAULA DE VASCONCELOS FERRAZ (ESCREVENTE SUBSTITUTA)

Emol.: R\$ 3,59 TCNR R\$ 0,80 FERC R\$ 0,40 FERM R\$ 0,04 FUNSEG R\$ 0,08 Total R\$ 4,91
Válido somente com o selo
0074617.SJG12201901.00484 (11:56:58)
Consulte autenticidade em
www.tjpe.jus.br/selodigital.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0021567/20

Número do Sinistro: 3200025205

Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

CPF: 051.763.204-79

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/10/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERSON DANIEL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

Declaração Circular SUSEP 445/12

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/01/2020

Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

CPF: 012.891.554-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200025205

Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

Data do Acidente: 16/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERSON DANIEL DA SILVA

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