



Número: **0055593-79.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERSON DANIEL DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69411594	13/10/2020 14:26	ANEXO 1	Outros (Documento)

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: 09/12/2013

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

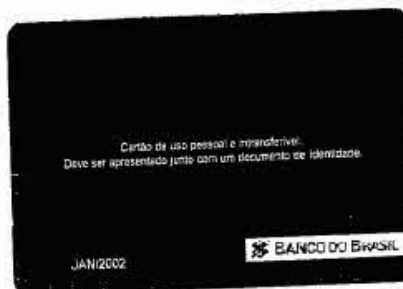
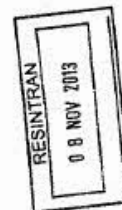
BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000126965-5

Nr. da Autenticação 02BE5B5057E7DF54





DUT

1004032



RESINTRAN
08 NOV 2013

REPUBLICA FEDERATIVA DO RIO MINISTÉRIO DAS CIDADES		4	
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO Nº 0103V VIA - ODD RENOVAM. RNTAB 1 236081503 DANIEL PLACA 270 CHASSI 9C2JC4110BR434060 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN K5 ANO FAB. / ANO VEN. 2011 / 09 COTA ÚNICA 1 IPVA 2013 QUOTADO FAIXA / PVA 1 PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) SEGURO PAGO AL. FID. BANCO ITAUCARD SA RECIFE DATA 06/09/13 Maria de Fátima Bezerra R. Costa Diretora Presidente DETRAN/PE		4 RECIBO DE SEGURO DPVAT EXERCÍCIO 2013 PLACA PFC0912 EXERCÍCIO 2013 DATA EMISSÃO 06/09/13 PLACA PFC0912 MARCA / MODELO HONDA / CG 125 FAN K5 ANO FAB. / ANO VEN. 2011 / 09 CHASSI 9C2JC4110BR434060 PRÊMIO TARIFÁRIO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DO QUITAÇÃO Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.488.808/0001-04 DELEGADO E GERENTE GERAL DO SEGURO DPVAT SÉRGIO DE FORTES CORREIA COSTA	



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, BERSON DAVIEL DA SILVA, portador da carteira de identidade nº 6.110.464 e inscrito no CPF/MF sob o nº 031.663.204-79 residente e domiciliado na TRAVESSA 8 LINDA V, QD A PAZES Cidade SACOTÃO, Estado PE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

OUTROS

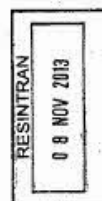


Berson David da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Recife, 23/10/2013

Local e data





outadora Líder • DPVAT

Nº DO SINISTRO

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem abrevs, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

indemnização no banco, EU, PERSON DANIEL DA SILVA EXPEDIDO POR 50612E EM 10/04/2014
PORTADORA DO RG Nº 6.110.464 CNPJ: 000000000000000000 PROFISSÃO 000000000000000000
CPF 0510163200479 (1) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIA DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
E RENDA MENSAL DE R\$ 13 (1) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIA DO VALOR REFERENTE A INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURADO DPVAT DA VÍTIMA PERSON DANIEL DA SILVA, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
SINISTRA, ESCRITA DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

1. A Circular Supro nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, dados cadastrais e da faixa de renda mensal.

AUTORIZACION DE PAGAMENTO

Para obter a parametrização de um pagamento, lembre-se:

43 Os requisitos documentais não devem de forma nenhuma, ser apresentados;

- Conta salário e/ou benefício;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FICIL: operação para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FACIL: operação 0,25 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta tipo PUPANÇA: operação 0,13 da CEF aberta em Unidades Locais com limite de R\$ 200,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (não será aceita proposta de abertura bancada);

2) O CPF do beneficiário/vítima não pode estar inválido, pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL - www.receita.fazenda.gov.br);

Se o CNP da conta Informante não pode ser diferente do CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistro.

- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**
BANCO _____ AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-CORRENTE _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRASESCO**
BANCO 237 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**
BANCO 001 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAU**
BANCO 341 • AGÊNCIA _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA _____
- ☒ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**
BANCO 104 • AGÊNCIA 17020 _____ (INCLUI O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) • CONTA-POUPANÇA 26.965-5

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO, CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL

DATA / /

ASSINATURA DO(A) BENEFICIÁRIO (N): Carolina Isabel da Silva

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente de cada país), de R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a data do acidente), indenização de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas e hospitalares.

até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

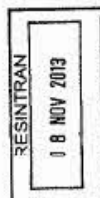


AUTO-ATENDIMENTO - AS Caxanga
DATA: 15/10/2013 HORA: 10:41:31
TERMINAL: 10281004 CONTROLE: 102810040086

AGENCIA: 1028 - CAXANGA
CONTA : 013.00.126.965-5
CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUÇANÇA POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 014A. CIRCUNSCRICAO - VARZEA



BOLETIM DE OCORRENCIA N.º 13E0104008090

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/10/2013 às 09:42

ACIDENTE DE TRANSITO SEM VITIMA - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 12/2/2012 às 13:00



Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE DOIS RIMAOB (BAIRRO), 01, EM FRENTE A UFRPE - Bairro: DOIS RIMAOB - Município: RECIFE - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA - Fôxmo: NAO INFORMADO

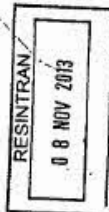
Pessoas envolvidas na ocorrência:
ISMAEL DANIEL DA SILVA (OUTRO)
GERSON DANIEL DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GERSON DANIEL DA SILVA

Qualificação do(s) pessoa(s) envolvida(s)

(VITIMA) - GERSON DANIEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino.
Mãe: LUIZINETE JOSEFA DA SILVA; Pat: ISMAEL DANIEL DA SILVA Data de Nascimento: 21/9/1984; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO
Documento: 81104848SPPE (RG) Estado Civil: NÃO INFORMADO; Escolaridade: NÃO INFORMADO; Profissão: NÃO INFORMADO;
Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: 99137980
Endereço Residência: BAIRRO DE VARZEA (BAIRRO), 100, A RUA QUE A VITIMA ESTA DIZENDO NAO CONSTA NO SISTEMA, 60000-000, VARZEA, RECIFE, PERNAMBUCO, BRASIL
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO
Dados Comerciais: NÃO INFORMADO

(OUTRO) - ISMAEL DANIEL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: NÃO INFORMADO; Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: NÃO INFORMADO; Nacionalidade: NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO
Documento: NÃO INFORMADO; Estado Civil: NÃO INFORMADO; Escolaridade: NÃO INFORMADO; Profissão: NÃO INFORMADO; Telefone de Contato: NÃO INFORMADO; Telefone Celular: NÃO INFORMADO
Endereço Residência: NÃO INFORMADO
Endereço Comercial: NÃO INFORMADO
Dados Comerciais: NÃO INFORMADO



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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ISMAEL DANIEL DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): GERSON DANIEL DA SILVA
Categoria: M/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / HONDA / CG 125 - Objeto apreendido: Não - Número da Série: NÃO INFORMADO

<http://www8.eda.pe.gov.br:8080/pernambuco/visualizaBO.do?idUn=104&idOc=4117274...> 23/10/2013



PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) e do Utilizador: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: PEC8912 (PERNAMBUCO / RECIFE) Renavam: 28881883 Chassi: 9C2JC4110BR434850
Ano Fabricação/Modelo: 2011 / 2011 Combustível: GASOLINA

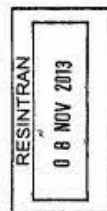
Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE TRABAVA PELO BAIRRO DE DOIS RUAOS EM FRENTE A UERPE QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E BATEU NO MEIO FIO E CARU SENDO SOCORRIDO POR POPULARES PARA UPA DE NOVA DEGRORERTA,PELO MOTIVO COMPRECEU A ESTA DP. PARA FAZER O REGISTRO.CASO AFETO A DELEGACIA DELTO DE TRANSITO.

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


GERSON DANIEL DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: ALEXANDRE VITAL CORREIA - MAT. 127759-9



<http://w8.sds.pe.gov.br:8080/pernambuco/visualizaBO.do?idUn=104&idOc=4117274...> 23/10/2013

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, HERSON DAVIEL DA SILVA
 RG nº 6.110.464, data de expedição 10/04/2012 Órgão SDS/PE
 CPF nº 051.160.204-79, venho perante a este instrumento declarar que não
 possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome
 de terceiro:

COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA



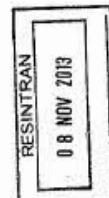
1004040

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	TRAVESSA 8 LINHA V
Número	920 A
Apto / Complemento	
Bairro	COHDETA PRAZERES
Cidade	SABOATÃO DOS GUARARAPES
Estado	PE
CEP	54.000.000
Telefone de Contato	(81) 87065279 (81) 97644682
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: RECIFE, 23/10/2013

Assinatura do Declarante: X Herson Daviel da Silva



DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

CLIENTE: MARIA HELENA SILVA
CPF: 0438175032
ENDEREÇO: RUA LUIZ GOMES DE OLIVEIRA, 100 - JARDIM LUIZ GOMES DE OLIVEIRA - RECIFE - PE

Período	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01/10/2012 a 31/10/2012	13,300	1,900,00

RESUMO DO CONSUMO

Período	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
01/10/2012 a 31/10/2012	13,300	1,900,00

INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

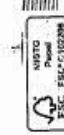
Este documento é emitido automaticamente pelo sistema de medição de consumo de energia elétrica. O valor do consumo é calculado com base no valor médio de consumo de energia elétrica registrado no período de medição.

MARIA HELENA SILVA
 Sr. Cliente ATUALIZE SEU CADASTRO!!

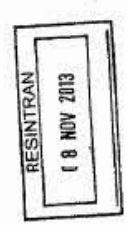


Conta Contrato: 0438175032
 Medidor: MA52889
 Un. Leitura: 00091109
 Sequência: 00599
 Poste: 0029488

www.celpe.com.br

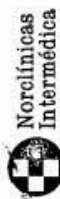


As demonstrações financeiras, sociais e fiscais, de 31/12/2012, estão disponíveis em: www.celpe.com.br
 O valor do consumo de energia elétrica é calculado com base no valor médio de consumo de energia elétrica registrado no período de medição.



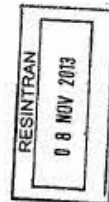
DOCUMENTAÇÃO MÉDICA HOSPITALAR

*1004L



RECEITUÁRIO

Nº 1055
Paciente: N. HANES
Atendimento: Carlson Junior
de Lima, Dr. SOARES (Cirurgião)
Especialidade: Urologia
Motivo da consulta: (verificar)
Exame: (verificar)
Prescrição: (verificar)
Data: 08/11/2013



TECNOLOGIA
SOARES
Médico
CRM 355017
Rua: 355017

* MARQUE SEMPRE A HORA PARA SUA CONSULTA
* DESMARQUE SE NÃO PUDEIR COMPARECER

PAIS Nº 355017

08/11/2013

Avaliação Médica

Secília, 19 de Fevereiro de 2012

Dados do Paciente

PERSON DANIEL DA SILVA -
Idade: 27 - Sexo: Masculino - Cor: Amarela - Est. Civil: Solteiro
Prof.: 000039721 - Registro: 0129692 - Entrada: 19/02/2012
Convênio: NORCELEFAS/STANDARD - Urgência
Responsável: PERSON DANIEL DA SILVA Fone: 98137880
Médico: MAURICIO LEITE DE SOUZA - PLANTÃO CN: 15522-FE

Indicação

Paciente: (N) - Indicação do Médico: (N) - Site Internet: (N) - Amigo: (N) - Iniciativa própria: (N) - Mídia: (N)

Diagnóstico

HDA: 19.02.2012 - Paciente submetido a Tto cirúrgico de fratura exposta da falange distal do 5 QUD associada a lesão do leito ungueal e avaliação da placa ungueal em 13.02.2012. Evolui sem queixas. Apresentava ainda fratura do 4 FPD sem desvio, em tratamento conservador.

Exame Físico: F.O sem sinais flogísticos (manter placa ungueal de silicone)

HD:

Tipo do Tratamento

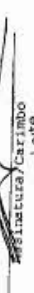
Ampliatório: (N) - Cirúrgico: (N) - Orientação: (N)

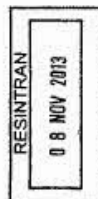
Conduta

Fisioterapia: (N) - Imobilização: (N) - Infiltração: (N) - Sutura: (N)

Observação

Realizado o curativo do 5 QUD e observada a mobilização aderiva do pé. O paciente deve permanecer afastado de suas atividades laborativas pelo período de 30 dias a contar do dia 13.02.2012.


Dr. Maunício Leite
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 13622



Especialidades:
Clínica da Mão - Microcirurgia dos Membros Periféricos - Clínica da Dor
Microcirurgia, Reabilitação dos Membros - Ortopedia e Traumatologia
Rua Manoel Carlos 820/47 - Ilha do Leite, Recife/PE
CEP: 51070-400 FAX: (81) 33742925



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

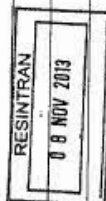
Nome: Geosson Daniel de Freitas Registro: _____

Procedência: UPA - Nova Jerusalém Idade: 27

HDA: Desempenho I gdd em 2019 com queda de 20%
1 hora de trabalho

EXAME FÍSICO: SEM alterações visuais e ausculta
normal de I gdd

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS: DOE com exatidão de 20% de
erro I gdd



CONDUTA: Definição
de trabalho 20% de
erro I gdd

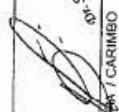
PS: Não disponibilidade de R no momento

TRANSFERIDO / ENCAMINHADO PARA: UPA 5812 898

MOTIVO: Definição

DATA: 12/08/13

HORA: 14:30


ASSINATURA / CARIMBO
Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
Coordenador de Saúde

**Laudo de avaliação médica para fins de verificação e
Quantificação de lesões permanentes em vítimas do seguro DPVAT**

Informações do Acidente

Sinistro: 2013722499

Data do Acidente: 19/02/2012

Nome da Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

Local: RECIFE

UF: PE

Resultado da avaliação apurada pelo examinador

I. Há lesão cuja etiologia (origem casual) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

(x) Sim () Não () Prejudicado

Em caso de assinalar resposta como "não" ou "prejudicado" apresentar justificativas:

Nenhum registro.

II. Com base no quadro clínico atual do examinado, favor registrar:

a) Qual região corporal se encontra acometida. Caso haja mais de uma, informar:

Fratura exposta do quinto quirodáctilo direito, lesão de leito ungueal, com avulsão da placa ungueal com tratamento cirúrgico. Fratura do quarto pododáctilo direito submetido a tratamento conservador

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Vítima apresenta bloqueio total de movimentos do quinto quirodáctilo direito. Não apresenta sequelas no pé.

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?



a) **Tratamentos:** (x) Não () Sim

Em caso afirmativo, descreva as condutas terapêuticas e/ou de reabilitação:

Nenhum registro.

b) **Exames Complementares:** (x) Não () Sim

Em caso afirmativo, descreva os exames complementares prescritos e seus prazos:

Nenhum registro.

IV. Com base no exame clínico se pode afirmar que o quadro cursa com:

a) () Disfunções apenas temporárias. Neste caso informar a data de cessação da disfunção ou um prazo médio compatível, previsto para uma reavaliação.

Nenhum registro.

b) (x) Dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas). Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

Limitação funcional completa do 5º quirodactilo direito

V. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, afirmar a sua graduação.

Com base no exame médico pode-se documentar:

() Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

(x) Parcial (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da Vítima).

Em se tratando de enquadramento como "parcial", informar se o dano é "completo" ou "incompleto".



() Parcial Completo (Dano anômico ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da Vítima).

(x) Parcial Incompleto (Dano anômico ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da Vítima).

Segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação modificada pelo artigo 31º da Lei 11.945/2009, correlacionar as graduações percentuais compatíveis aos respectivos danos em apurados, em cada segmento corporal acometido, tantas quantas forem as sequelas definitivas então identificadas.

1º Lesão: quinto quirodactilo direito (100%)

Observação: Dependendo do tipo de lesão, da localização corporal, das perdas anômicas e funcionais correspondentes, o enquadramento da(s) respectiva(s) sequelas poderá ser desmembrado ou não, em um mesmo segmento corporal ou mais de um, sendo a decisão um critério de quem apura o dano com base em registros semiológicos que especifiquem e delimitem a amplitude das limitações físicas e/ou mentais presentes ao exame médico e então documentadas.

Informações Complementares Apresentadas pelo Examinador:

Nenhum registro.

Identificação do examinador

Nome: PAULO MUNIZ

Registro no CRM: 5530

Local do Exame: xx

Data do Exame: 28/11/2013



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013 722499	Cidade: Recife	Natureza: Invalidez
Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA	Data do acidente: 12/02/2012	Emissor do parecer: Rafael Oliveira Santos
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A	Prestadora: IBMES INST. BRASDE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA	CRM do médico: 906387

PARECER

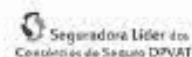
Data da análise: 25/11/2013**Valoração do IML:****Perícia médica:** Sim**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL NO 5º QDD + 4º PDD**Resultados terapêuticos:** TTO CIRÚRGICO**Sequelas permanentes:****Sequelas:****Conduta mantida:****Quantificação das sequelas:****Documentos complementares:****Observações:** PERÍCIA ESPECIAL PE**Valor pleiteado:** 13.500,00**Médico avaliador:** RAFAEL SANTOS**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Danos não definidos.			

Valor avaliado: 0,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2013722499 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez
Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA **Data do acidente:** 12/02/2012 **Emissor do parecer:** Igor da Silva Bonfim
Seguradora: ARUANA SEGUROS S/A **Prestadora:** ACE Gestão de Saúde Ltda. **CRM do médico:** 5530

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do quinto quirodáctilo direito, lesão de leito ungueal, com avulsão da placa ungueal. Fratura do quarto pododáctilo direito.
Descrição do exame médico pericial: Vítima apresenta bloqueio total de movimentos do quinto quirodáctilo direito. Não apresenta sequelas no pé.
Resultados terapêuticos: Submetido a tratamento conservador, tratamento cirúrgico.
Sequelas permanentes: Limitação funcional completa do 5º quirodactílio direito
Sequelas: Com seqüela
Data da perícia: 28/11/2013
Conduta mantida:
Observações:
Valor pleiteado: 13.500,00
Médico avaliador: PAULO MUNIZ
UF do CRM do médico: PE

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10	1	100

Valor avaliado: 1.350,00





Número: **0055593-79.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERSON DANIEL DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69411605	13/10/2020 14:26	ANEXO 2	Outros (Documento)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180423545

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

Data do acidente: 14/03/2018

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:Documentos
complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ2

Nome: Vitor Hugo Sousa Morim

CRM: 5242355-2

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180423545

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

Data do acidente: 14/03/2018

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA.**Descrição do exame médico pericial:** DESVIO ROTACIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE NO TERÇO MÉDIO DISTAL COM DISCRETO DESVIO EM VARO, ENCURTAMENTO MENOR QUE 1,0 CM EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, LIMITAÇÃO DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXÃO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSAO (LEVES), MARCHA CLAUDICANTE.**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM DEFORMIDADE NO MEMBRO, LIMITAÇÃO DA ADM E ALTERAÇÃO À MARCHA.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO**Sequelas:** Com seqüela**Data da perícia:** 27/09/2018**Conduta mantida:****Observações:****Médico examinador:** Victor Ramires Reynaux Borba**CRM do médico:** 21266**UF do CRM do médico:** PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO**CRM do médico:** 17727**UF do CRM do médico:** PE**Assinatura do médico:**

Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **GERSON DANIEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180423545**

Vítima: **GERSON DANIEL DA SILVA**

Data do Acidente: **14/03/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS**

Assunto: **AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180423545**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13358421

Pag. 0037300374 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 25 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: GERSON DANIEL DA SILVA

Síntro: 3180423545
Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA
Data do Acidente: 14/03/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o número **3180423545** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0140101402 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13401349





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	051.763.204-79	Gerison Daniel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Gerison Daniel da Silva	051.763.204-79	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
R. Dr. Aristachio Mourado de Azevedo	119	
Bairro	Estado	CEP
Novo Carangá	PE	50980-470
Cidade		Telefone (DDD)
Recife		81-3011.3224
Email		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> FAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)			
AGÊNCIA	DIV	CONTA	DIV
Nº		Nº	
1028		126965	5
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife 19 de 06 de 2018

Local e Data

Gerison Daniel da Silva

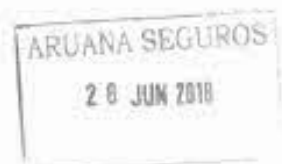
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

FAPPF.001 V001/2017



**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: 3180423545
Nome do(a) Examinado(a): Gerson Daniel da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Doutor Aristacho Dourado de Azevedo, 119
Caxanga Recife PE CEP: 50980-470
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6110464
Data local do acidente: [14/03/2018]
Data local do exame: [27/09/2018] Oinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE TÍBIA DIREITA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS. FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA.
Data da Alta: MARÇO/DE/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
DESVIO ROTACIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE NO TERÇO MÉDIO DISTAL COM DISCRETO DESVIO EM VARO, ENCURTAMENTO MENOR QUE 1,0 CM EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, LIMITAÇÃO DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXÃO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSAO (LEVES), MARCHA CLAUDICANTE.
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
☒ (X) Sim ☐ () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
☒ (X) Sim ☐ () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DA ADM DO MEMBRO, DEFORMIDADE E ALTERAÇÃO A MARCHA.
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 8.194/74, 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 (*).
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <input type="checkbox"/> () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|---|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| Região Corporal (Seqüela):
MEMBRO INFERIOR - Lado Direito
% do dano: <input type="checkbox"/> () 10% residual <input checked="" type="checkbox"/> (X) 25% leve
<input type="checkbox"/> () 50% médio <input type="checkbox"/> () 75% intensa <input type="checkbox"/> () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> () 10% residual <input type="checkbox"/> () 25% leve
<input type="checkbox"/> () 50% médio <input type="checkbox"/> () 75% intensa <input type="checkbox"/> () 100% completo |
| Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> () 10% residual <input type="checkbox"/> () 25% leve
<input type="checkbox"/> () 50% médio <input type="checkbox"/> () 75% intensa <input type="checkbox"/> () 100% completo | Região Corporal (Seqüela):

% do dano: <input type="checkbox"/> () 10% residual <input type="checkbox"/> () 25% leve
<input type="checkbox"/> () 50% médio <input type="checkbox"/> () 75% intensa <input type="checkbox"/> () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal:

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Victor Rarhiros Reynaux Borba
 CPF - 038.972.994-27
CRMPE - 21266



16/05/2018 10:04

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE CAMARAGIBE
3ª CIRCUNSCRIÇÃO

MARAG

055



16/05/2018 10:21

file:///C:/Users/Policia Civil/inlopol/am/BOE/Preview.html

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE VINHA CONDUZINDO A SUA MOTO, QUANDO PASSOU POR AREIA NA PISTA, VINDO A DERRAPAR NA MESMA E PERDER O CONTROLE, VINDO A CAIR. A MESMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA A UPA DE SÃO LOURENÇO DA MATA, CONFORME A CERTIDÃO Nº 2913AFH999333. A VITIMA FOI REGISTRADO NA UPA COM PRONTUARIO 288343. O MESMO CHEGOU COM SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE, SENDO ATESTADO A FRATURA DA TIBIA. LODO APÓS O ATENDIMENTO NA UPA, A VITIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REYNOLDS VARRAS E LOGO A REQUER PARA O SANTA CASA DE APOLOGIA, ONDE PASSOU POR CIRURGIA.

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

Gerson Daniel da Silva

GERSON DANIEL DA SILVA
(VITIMA)

Registrado por: *A* ALEKSANDRO FERREIRA DE PAULA - Matrícula: 272846-6



ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

Gerson Daniel da Silva

CPF da Vítima

051.763.204-79

Data do Acidente

14/03/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Ubiratuba, 19 de 06 de 2018

Local e Data

Gerson Daniel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

DAL1.001 V001/2017



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 03/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERSON DANIEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000126965-5

Nr. da Autenticação CDCFB1F9659182CC





**SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO**

CERTIDÃO

Certidão nº 2018APH000565 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). **FRANKRAGNER ASSIS DA SILVA**, 34 anos, **BRASILEIRO(a)**, **SOLTEIRO(a)**, RG nº 6307564 SSP/PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 052.040.834-99, residente à **RUA PEDRO ALVARES CABRAL**, nº 32, **JARDIM ATLANTICO**, **OLINDA-PE**, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 14/03/2018, por volta das 07:20 hs, no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMIRO CORREIA**, S/N, **TIMBI CAMARAGIBE-PE**, referente a um(a) **QUEDA DE MOTOCICLETA**, envolvendo **MOTOCICLETA HONDA BROS**, **VERMELHA**, **PGO4663-PE**, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) **GERSON DANIEL DA SILVA**, inscrito sob o CPF nº 051.763.204-79 e Registro Geral nº 6110464, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) **SGT 798041-8 ALCY**. Foi transportado(a) para o **UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO (SÃO LOURENÇO DA MATA)**. Registrado(a) com o prontuário nº 880943. Ficou aos cuidados do médico **AZARIAS SALGADO**, registro 6218. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 03/05/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2018APH000565

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

ARUANA SEGUROS

2.8 JUN 2018



celpe
energia

Sociedade de Energia Elétrica - Cadeia (Lei 12.435, de 2012)

NOTA FISCAL Nº 2032187016 - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Sousa, 110, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-000
CNPJ 13.870.320/0001-00 | Insc. Est. 060000-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ISMAEL DANIEL DA SILVA
CPF: 370 146 134-91

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA DE APOCALIPSE (CASA 1414)
AZEVEDO - 115
NOVA CANANÁ (RECIFE)
RECIFE - PE
50960-470

CLASSIFICAÇÃO
B1 - RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MONTADO

SP (CÓDIGO FISCAL)
007481100

UF (UF)
PE

DATA DE EMISSÃO
07/03/2018

DATA DE VENCIMENTO
28/03/2018

VALOR TOTAL
90,90

DESCRIÇÃO E VALOR FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO UNITÁRIO	VALOR UNITÁRIO
Consumo de Energia Elétrica	112,0000000	0,687054	61,56
Contribuição de Iluminação Pública			15,36
ICMS Substituído - ICMS-UF (0038/0424-25/13-17)			6,12
Adição por atraso - NF 0038/04255 - 26/01/18			3,78
Adição por atraso - NF 0038/04255 - 26/01/18			0,30
Adição por atraso - NF 0038/04255 - 26/01/18			0,21

TOTAL DA FATURA
90,90

RESUMO DO CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Medição	Anterior	Posterior	Consumo	Nº DO MEDIDOR	Tipo da Medição	Anterior	Posterior	Consumo
112000000	Cal	11.000.00	11.000.00	0,00	112000000	Cal	11.000.00	11.000.00	0,00

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221 204 ou 0800 221 206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Arundo Mangabeira da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 055.382.254 / 34 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 Invalidadez 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: Recusou Renda: Recusou e apresento os documentos comprobatórios: Recusou

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-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		Número	Complemento
<u>Praca Fernandes Lima</u>		<u>21</u>	<u>B</u>
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Ed. Atlântico</u>	<u>Olinda</u>	<u>PE</u>	<u>53110-300</u>
E-mail	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
<u>YRASSEBRIAPENDENCIAS@OUTLOOK.COM</u>	<u>81-3011.3224</u>		<u>9.8844-8263</u>

Olinda 15 de 06 de 2018

Local e Data

Arundo Mangabeira

Assinatura do Declarante

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018

DLORL001 V001/2017



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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 14/03/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 14/03/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: GERSON DANIEL DA SILVA	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: 1) Fratura dos ossos da perna direita	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico - redução cirúrgica + osteossíntese com placas e parafusos + fisioterapia por 30 sessões	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> 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 Membro inferior direito ± 70%
2º DE DEFICIT FUNCIONAL.
3º
4º
5º

AFIRMO QUE MESSE ENFOQUE AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 20/08/18 A 20/08/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.	
LOCAL Vitória	DATA 20/08/18

Carla F. H. Z.
Jairo Ricardo Lima Faria
CRM-7143
Rua 719, Maricá

ARUANA SEGUROS
12 SET 2018



Atendimento: **880943**

Senha da Classificação:

0035

Data e Hora: 14/03/2018 08:04

Especialidade:

Paciente: 178337 GERSON DANIEL DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 21/09/1984 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: LUZINETE JOSEFA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS

CRM: 6218

Endereço: DOUTOR ARISTACHO DOURA -

119

Bairro: CAXANGA

Cidade/UF: RECIFE

PE

Cep: 50980470

Usuário Atendimento: ADRIANAFS

RG (Identidade):

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: (81)98137880

CRN(Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

no refluxo gástrico de modo

Exame Físico

no é palpável e com movimento de peristaltismo normal, sem distensão abdominal

Hipótese Diagnóstico

refluxo 1/3 de 200 ml com

Conduta Terapêutica

dieta com restrição no volume

Prescrição Médica

BS

transmissão

dieta livre no 8/8/3

08:45
Assinado por: Dr. José
Assinado por: Dr. José
Assinado por: Dr. José
Assinado por: Dr. José

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

H&V

Senha: 5383106

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO



880943

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 14/03/2018 08:02



Nome Paciente: GERSON DANIEL DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 21/09/1984
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: 0035
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 14/03/2018 08:03 - 14/03/2018 08:04

CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDP PELO BOMBEIRO DE SLM ,VITIMA DE QUEDA DE MOTO HOJE,REFERE DOR EM MID.

Observação: NEGA ALERGIA
HAS-
DM-

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- DOR MODERADA (4-7/10)

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5
- ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

Acolhido(a) por: CHRISTIANE LUIZA DE FREITAS MEDEIROS - COREN: 362797 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 14/03/2018 08:04

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA ADULTO E PEDIÁTRICA

DATA: 14/03/18 HORA: 09:00



1. IDENTIFICAÇÃO

HISTÓRICO

Nome: Gerson Daniel da Silva

Número do Atendimento: 88043

Idade: 33 anos

Acompanhado por:

2. QUEIXAS PRINCIPAIS

Fratura de tibia

3. ANTECEDENTES PESSOAIS

() Alergias Quais: Nega Alergia () Tabagismo () Etilismo () Cardiopatia () Diabetes () HAS
() Epilepsia () Depressão () Câncer () Doenças pulmonar () Outras

4. ESTADO GERAL

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: ☒ Bom () Regular () Grave

5. INTEGRIDADE DA PELE

☒ Normocorado () Hipocorado ☒ Aclanótico () Cianótico ☒ Anictérico () Ictérico () Pele fria () Pele úmida () Reações Alérgicas
() EDEMAS () Face () Palpítbra () MMSS () MMII () Anasarca
() ÚLCERA POR PRESSÃO LOCAL:

6. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA: ☒ Consciente () Inconsciente ☒ Orientado () Desorientado () Torporoso () Sedado
PUPILAS: ☒ Normais () Isocóricas () Anisocóricas () Estrabismo () Midríase () Miose () Fotorreagente

7. ESTADO EMOCIONAL

ESTADO EMOCIONAL: ☒ Cooperativo () Choroso () Irritado () Sonolento () Ansioso () Agitado

8. SINAIS VITAIS

☒ Afebril () Febril T. AXILAR = 36 °C FR 43 IPM Sat O2 = 99 % ☒ Eupneico () Dispneico () Traqueostomia () Entubado
MURMÚRIOS VESICULARES: ☒ Presentes () Ausentes () Diminuídos RUÍDOS ADVENTÍCIOS: () Rancos () Sibilos () Crepítantes PC 30 bpm
PA: 126 X 71 mmHg PULSO: () Filiforme ☒ Cheio () Rítmico () Ausente ACESSO VENOSO: ☒ Perférico () Jugular () Subclávia

9. SISTEMA GASTROINTESTINAL

DIETA: ☒ LÍQUIDO ☒ Aceita bem () Parcialmente () Não aceita ABDOME: ☒ Flácido () Tenso () Distendido () Globoso () Doloroso ☒ Plano
() Ascítico () Gravidico EVACUAÇÃO: ☒ Normal () Constipação () Fatos () Diarréia Nº evacuações Aspecto: () Normal () Mucoso
() Líquido () Melena () Odor fétido ☒ Dor característico () ÊMATE Aspecto: () Hematêmase () Com resíduo alimentar

10. SISTEMA GENITOURINÁRIO

DIURESE: ☒ Presente Aspecto: () Ausente ☒ Espontânea () SVD () SVA () Cistostomia () Irrigação () Anúria
() Disúria () Hematúria () Oligúria () Polaciúria

11. SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

MOBILIDADE: ☒ Ativa () Passiva MOVIMENTO CONSERVADO: ☒ Sim () Não FORÇA MOTORA: ☒ Sim () Não () PARESIA 20 JUN 2018

ARUANA SEGUROS



DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO
1. () Padrão respiratório prejudicado	() Manter decúbito elevado a _____ graus. () Aspirar VAS com técnica asséptica S/N () Comunicar alterações da frequência respiratória () Outros:	
2. () Dor () Crônica () Aguda	() Anotar localização e as características da dor () Aplicar escala de dor (0 a 10) () Reavaliar a dor 30 min. após administração da medicação () Outros:	
3. () Instabilidade de pressão arterial	() Aferir pressão arterial a cada _____ () Manter decúbito no leito () Outros:	
4. () Edema Local: _____	() Descrever características do edema () Registrar presença de inflamação / infecção () Outros:	
5. Temperatura Corporal () Diminuída () Elevada	() Aferir temperatura de _____ e comunicar se estiver abaixo de $\leq 36^{\circ}\text{C}$ ou $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ () Aquecer o paciente com cobertor ou manta térmica em caso de hipotermia () Retirar o cobertor e avaliar a temperatura do ambiente em caso de hipotermia () Outros:	
6. Glicemia Prejudicada () Diminuída () Aumentada	() Aferir e registrar HGT de _____ () Outros:	
7. () Náuseas	() Orientar/Manter decúbito elevado por 2 horas após as refeições	
8. () Vômitos	() Registrar e comunicar frequência e características do vômito	
9. () Diarréia	() Registrar frequência e aspecto da diarréia () Outros:	
10. () Integridade da pele prejudicada	() Registrar e comunicar alterações na integridade da pele () Realizar higiene íntima após eliminações	
11. () Risco para lesão	() Manter lençóis limpos secos e esticados () Diminuir pressão nas proeminências ósseas () Outros:	
12. () Depressão	() Manter vigilância constante	
13. () Uso de álcool	() Supervisionar e registrar nível de agitação do cliente () Manter grades elevadas () Realizar contenção no leito SN () Outros:	
14. () Risco para aspiração	() Manter decúbito a 45° () Testar funcionamento da SNG/SNE antes da medicação () Outros:	
15. () Risco para infecção	() Evitar manuseio excessivo do paciente () Anotar e comunicar alteração de temperatura $>37,5^{\circ}\text{C}$ () Registrar e comunicar presença de sinais flogísticos () Outros:	
16. ()	() () () () () () Outros:	

HAS- Hipertensão Arterial Sistêmica FC- Frequência Cardíaca DUM- Data da última menstruação VAS- Via Aérea Superior	MMSS- Membros Superiores VO- Via Oral IG- Idade Gestacional	MMII- Membros Inferiores SVD- Sonda vesical de demora SNG- Sonda Nasogástrica	FR- Frequência respiratória SVA- Sonda vesical de alívio SNE- Sonda Nasoenteral
Enfermeiro (a) / COREN - DIURNO		Enfermeiro (a) / COREN - NOTURNO	





ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: Carson Daniel da Silva Registro: 880843

Enfermaria: Marcelino Leito: 606

Hora Admissão: _____ Plantão: ☒ DIURNO ☐ NOTURNO DATA: 10/11/18

Estado Geral ☒ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo
Dieta ☒ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório ☒ Eupneico ☐ Dispneico
Acesso Venoso ☒ Periférico ☐ Central Local: _____
Curativos ☐ Sim ☐ Não Local: _____
Drenos ☐ Sim ☐ Não Local: _____
Evacuações ☒ Presente ☐ Ausente Aspecto: _____
Diurese ☒ Presente ☐ Ausente ☐ SVD/SVA Aspecto: _____

Observações: Apresenta frouxidão

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem
11h30	70x70	-	-	-	-	-	<u>Ass. Tec. Enfermagem</u>

Técnico de Enfermagem: Carson Daniel da Silva

CUIDADOS SISTEMATIZADOS DE ENFERMAGEM / TÉCNICO DE ENFERMAGEM

Nome: _____ Registro: _____

Enfermaria: _____ Leito: _____

Hora Admissão: _____ Plantão: ☐ DIURNO ☐ NOTURNO DATA: ____/____/____

Estado Geral ☐ Regular ☐ Grave ☐ Gravíssimo
Dieta ☐ VO ☐ SNG ☐ SNE ☐ Dieta Zero
Padrão Respiratório ☐ Eupneico ☐ Dispneico
Acesso Venoso ☐ Periférico ☐ Central Local: _____
Curativos ☐ Sim ☐ Não Local: _____
Drenos ☐ Sim ☐ Não Local: _____
Evacuações ☐ Presente ☐ Ausente Aspecto: _____
Diurese ☐ Presente ☐ Ausente ☐ SVD/SVA Aspecto: _____

Observações: _____

SINAIS VITAIS

HORA	PA (mmHg)	FR (rpm)	FC (bpm)	SAT. O2 (%)	HGT (ml/dl)	Temp.	Ass. Tec. Enfermagem

Técnico de Enfermagem: _____

ARQUIVADO

28 JUN 2018





UPA SÃO LOURENÇO DA MATA

6 Jun 8/AM **AVALIAÇÃO NUTRICIONAL**
Data de admissão: 14/07/18
Nome: Gerson Daniel
Sexo: M **Idade:** 33a
Peso/peso estimado: 76 **Altura/altura estimada:** 168 **IMC:** 26,9
Risco nutricional: primário () secundário () terciário ()

DADOS CLÍNICOS:

História/ Diagnóstico Clínico:

fratura

Patologias associadas: Cardiopatia () Hipertensão () Diabetes () Nefropatia ()

Via de Alimentação: Oral ☒ Sonda ()

Alterações TGI: Mastigação dificultada () Disfagia () Náuseas () Vômitos ()

Função Intestinal: Regular ☒ Irregular () Diarréia () Constipação ()

Mudança na Consistência das refeições: Não ☒ Sim ()

Apetite/Consumo Alimentar: Abaixo do estimado () Adequado ☒ Acima do estimado ()

Alergia/Intolerância Alimentar: Ausente

Uso de Suplemento: sim () não ☒

DADOS DIETÉTICOS PARA PACIENTES EM USO DE DIETA ENTERAL

Data de início de dieta: _____ **Hora:** _____

Data de término da dieta: _____ **Hora:** _____

Volume inicial de administração: _____

Progressões de volume:

Data:	Volume atual:	Data:	Volume atual:
-------	---------------	-------	---------------

--	--	--	--

KARLA MORAES
NUTRICIONISTA
CRN 6 - 8131

NUTRICIONISTA

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018



GUIA DE TRANSFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

NOME: Gerson Daniel da Silva IDADE: 33 anos
REGISTRO: 850943 DATA: 14/03/2018
HDA: Refere-se a pessoa do motivo

EX. FÍSICO:

EX. COMPLEMENTARES:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

1. Problema de diagnóstico do caso
2. do sistema digestivo
3. refere-se ao

CONDUTA ADOTADA NO ATENDIMENTO INICIAL:

SENHA: _____ DESTINO: _____

COM ACOMPANHAMENTO MÉDICO:

SIM()

NÃO()

JUSTIFICATIVA: _____

HORA DA SOLICITAÇÃO: _____

MÉDICO SOLICITANTE: _____

HORA DA SAÍDA: _____

MÉDICO DA LIBERAÇÃO: _____

ENFERMEIRO DA LIBERAÇÃO: _____

ARDANA SEGUROS

28 JUN 2018





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **GERSON DANIEL DA SILVA**, **prontuário nº 1125704**, admitido neste hospital em 15/03/2018 com diagnóstico de Fratura dos Ossos da Perna Direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta com melhora clínica em 19/03/2018.

Recife, 25 de Maio de 2018.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 19434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

ARUANA SEGUROS
28 JUN 2018

Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412-3800
www.santacasarecife.org.br







Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **GERSON DANIEL DA SILVA**
Nº Registro: 567825 Nº Protuário: 1125704 Sexo: Masculino Idade: 33 ano (s)
Data: 16/03/2018 / 11:29 Convênio: SUS - AMB
CPF: 05176320479

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: CID:

Data Internamento: Data Intervalo: Data da Alta:

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531. Data e Hora: 20/03/2018 11:16:41.

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

Dr. Henrique Costa Barbosa
CRM: 10531

ARUANA SEGURO
28 JUN 2018





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Nome: **GERSON DANIEL DA SILVA**

Nº Registro: 567825 Nº Protocolo: 1125704 Sexo: Masculino Idade: 33 ano (s)

Data: 16/03/2018 / 11:28 Convênio: SUS - AMB

CPF: 05176320479

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife, 16/03/2018-11:28

Diagnóstico pré-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita

Diagnóstico pós-operatório: Fratura dos Ossos da Perna Direita

Cirurgia: Tratamento Cirúrgico Fratura dos Ossos da Perna Direita + Osteotomia + Osteotomia

Cirurgião: Dr. Henrique Barbosa

Anestesia: Raqui

Acidentes durante a cirurgia: Nenhum

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
2. Assepsia e antissepsia;
3. Aposição de campos cirúrgicos;
4. Realizado incisão + osteotomia + dissecação por planos, realizado osteotomia + redução da fratura, realizado Osteossíntese da fratura com 01 placa + parafusos, verificado boa posição dos implantes e boa redução da fratura;
5. Limpeza com SF0,9%;
6. Sutura por planos;
7. Curativo;
8. Rx controle.

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.

Nome do profissional: HENRIQUE COSTA BARBOSA. CRM: 10531, Data e Hora: 20/03/2018 11:18:07.





Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

ATESTADO MÉDICO PÓS CIRÚRGICO

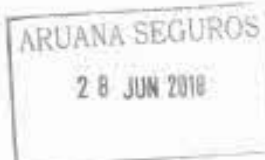
GERSON DANIEL DA SILVA

O paciente supracitado foi submetido a procedimento cirúrgico neste Hospital, devendo permanecer afastado das suas atividades regulares pelos próximos 45 dias.

CID: S82

Recife, 19/03/2018

Dr. HENRIQUE COSTA BARBOSA
CRM: 10531



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 DOBRAMENTO DA VIGÊNCIA DO TÍTULO
 E CANCELAMENTO DO TÍTULO PREVISTO

GERSON DANIEL DA SILVA

RG: 6110464 SSP PE
 CPF: 051.743.204-79
 DATA NASCIMENTO: 21/09/1984

FILIAÇÃO:
 ISMAEL DANIEL DA SILVA
 LUCINETE JOSEFA DA SILVA

PERMISO: 05626952479
 VALIDEZ: 16/06/2023
 VIGÊNCIA: 23/10/2012

Gerson Daniel da Silva

LOCAL: RECIFE, PE
 DATA EMISSÃO: 12/01/2018

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1560848484

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1560848484

ARUANA SEGUROS
 28 JUN 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE VEICULOS

NOME: **RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS**

FOTO: 

SOC. GENÉRICA / OUT. SANCION. / UF: **555223 ROR PE**

CPF: **058.382.834-27** DATA DE NASCIMENTO: **08/02/1983**

PLACA: **CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS**

TANIA LUCIA MANGABEIRA DOS SANTOS


PROFISSÃO: **AD** ACC: **AD** CATEG: **AD**

V. RENOV. **03765010380** VALIDEZ **17/12/2020** PRAZO **11/01/2008**

OBSERVAÇÕES: **A**

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO: 

LOCAL: **VITORIA DE SANTO ANTAO - PE** DATA EMISSÃO: **18/12/2019**

ASSINATURA DO EMISSOR: 

DETRAN - PE (PERNAMBUCO) 00499180530 0049579318

1219478289

ARUANA SEGUROS

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2019



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE Nº 013712461061 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
1	587205520	*****	2017
NOME GERSON DANIEL DA SILVA			
RECIFE-PE			
051.763.204-79		PGQ4663	
PLACAM/VEICULO ***** 9C2KD0540DR158222			
FAS MOTOCICLETA		ALCO/GASOL	
HONDA/NXR150 BROS ESD		2012 2012	
2P/149CL		PARTIC 2RETA	
IPVA 2017 QUITADO		1ª *****	
FAIXA IPVA		2ª *****	
A 1		3ª *****	
PRÊMIO SORTEIO (R\$) KIP (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO			
SEGURO PAGO			
SEM RESERVA			
RECIFE-PE 17/10/17			
Charles Andrews Sousa Ribeiro Diretor Presidente DETRAN/PE			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS-PERSONAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIAGEM, BRASILEIROS OU PORTUGUESES, APESSAR DE TRANSITAREM NO EXTERIOR, CONTRA O SEGURO DPVAT			
PE Nº 013712461061 BILHETE DE SEGURO DPVAT GERSON DANIEL DA SILVA			
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradonider.com.br SAC DPVAT 0800 622 1234			
RECIFE-PE			
1	051.763.204-79	PGQ4663	
587205520		HONDA/NXR150 BROS ESD	
2012 09		9C2KD0540DR158222	
PRÊMIO TAFARIO			
FMS (R\$)		LIMITE (R\$)	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
COTA-ÚNICA		COTA-ÚNICA	
SEGURADORA LIDER - DPVAT CMFJ 01.268.013/0001-44			
DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT. P.E. NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO			

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018



IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Guerson Daniel da Silva
 DATA DO ACIDENTE 31/03/2018 CPF DA VITIMA 051.763.204-79
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Ruato Vargabêra dos Santos
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUIDO PARANTESCO COM A VITIMA E
 ENDEREÇO DO PORTADOR Pe. Fernandes Vieira
 Nº 21 COMPLEMENTO B BAIRRO Ed. Atlântico
 CIDADE Alinda UF PE CEP 53190-000
 E-MAIL PARSESSE@GMAIL.COM TELEFONE 81 3011.3224
@OUTLOOK.COM 8744-8263

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) 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)
 (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 DE INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA SIGLADA (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 / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTERMEN OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 16 A 18 ANOS, OU DE 19 ANOS 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)
 (X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SÓFISTAS EM decorrência DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUETADAS
 () NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA, COMPROVANDO O RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CREDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONTERMEN OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS.: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 16 A 18 ANOS, OU DE 19 ANOS 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 8.194/74.
 - 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 622 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

ARUANA SEGUROS

28 JUN 2018

Joseph



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**DADOS DO SINISTRO**

Número: 3180423545

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

Data do acidente: 14/03/2018

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA**

Data da análise: 25/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DOS OSSOS DA PERNA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com seqüela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180423545

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA

Data do acidente: 14/03/2018

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

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TÍBIA DIREITA.**Descrição do exame médico pericial:** DESVIO ROTACIONAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, DEFORMIDADE NO TERÇO MÉDIO DISTAL COM DISCRETO DESVIO EM VARO, ENCURTAMENTO MENOR QUE 1,0 CM EM RELAÇÃO AO MEMBRO CONTRA-LATERAL, LIMITAÇÃO DA ADM DO TORNOZELO A DORSIFLEXÃO E DA ADM DO PE A INVERSÃO/EVERSAO (LEVES), MARCHA CLAUDICANTE.**Resultados terapêuticos:** EVOLUIU COM DEFORMIDADE NO MEMBRO, LIMITAÇÃO DA ADM E ALTERAÇÃO À MARCHA.**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO**Sequelas:** Com sequela**Data da perícia:** 27/09/2018**Conduta mantida:****Observações:****Médico examinador:** Victor Ramires Reynaux Borba**CRM do médico:** 21266**UF do CRM do médico:** PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO**CRM do médico:** 17727**UF do CRM do médico:** PE**Assinatura do médico:**

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: Gerson Daniel da Silva
RG/CNH/CTPS: 05626952439 **CPF:** 051.763.204-79
End: Rua Dr. Aristarco Bezerra de Aguiar, 119,
nova euzumbá, Recife/PE.

Outorgado: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS.
RG/CNH/CTPS: 03765010380 **CPF:** 055.382.254-37
End AVENIDA PEDRO ALVARES CABRAL, 32, LOJA 12, JARDIM ATLANTICO, OLINDA/PE

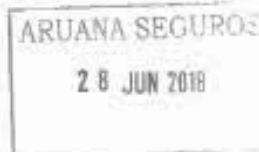
Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: Gerson Daniel da Silva

G. BEZERRA 16 de Maio de 2018.

Gerson Daniel da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO (VÁRZEA) - RECIFE/PE
Avenida Cavanga, 5499 - Ipanema - CEP: 50.670-000 - Fone: (81) 3453-2261
Reconheço por AUTENTICIDADE a firma indicada de
GERSON DANIEL DA SILVA
lançada em minha presença, aos 16
Recife, 16 de maio de 2018.
Viltes Nelly da Silva (Escrivente Autorizado)
Enol.: R\$ 3,39 TSMR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79
Celo 0476246.LSM/5201802.03683



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0333849/18
Vítima: GERSON DANIEL DA SILVA
CPF de: Próprio
Data do acidente: 14/03/2018
CPF: 051.763.204-79
Titular do CPF: GERSON DANIEL DA SILVA
Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS : 055.382.254-37

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

GERSON DANIEL DA SILVA : 051.763.204-79

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2018
Nome: RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS
CPF: 055.382.254-37

RENATO MANGABEIRA DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2018
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA





Número: **0055593-79.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 27ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **08/09/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.968,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
GERSON DANIEL DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
69411606	13/10/2020 14:26	ANEXO 3	Outros (Documento)



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, 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

Pag. 01797/01798 - carta_02 - INVALIDEZ

00040899



Carta nº 15402987





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, 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

Pag. 00951/00952 - carta_30 - INVALIDEZ



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 051.763.204-79 3 - CPF da vítima: 051.763.204-79 4 - Nome completo da vítima: Gerson 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: Gerson Daniel da Silva 6 - CPF: 051.763.204-79
7 - Profissão: Recluso 8 - Endereço: RUA. DR. ARISTACIO LOPES ARAUJO 9 - Número: 119 10 - Complemento:
11 - Bairro: CASAÇA 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-970
15 - E-mail: (81) 81764049

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)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1028 CONTA: 126965 3
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(a) ou nascido(a)? ☐ 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,

Gerson Daniel da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

**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 MALLEOLO 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 causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim () Não

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

(X) Sim () Não

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

**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

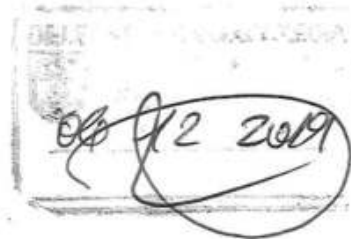
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- 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-PE / 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 PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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: **NAO 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)**

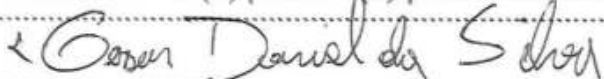


Placa: **PGQ4663** (PERNAMBUCO/RECIFE)


Complemento / Observação

GERSON DANIEL RELATOU QUE ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA E QUE QUANDO ESTAVA PROXIMO AO HOTEL SENZALA (SENTIDO APIPUCOS/DOIS IRMÃOS) 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 01367262). QUE DO ACIDENTE RESUTOU 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 de vítima: 051.763.204-79 4 - Nome completo da vítima: Gerson 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: Gerson Daniel da Silva 6 - CPF: 051.763.204-79
7 - Profissão: Nômade 8 - Endereço: Rua Dr. Aristáquio Davado Azeiteiro 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Casa Nova 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50980-470
15 - E-mail: (81) 81764049

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)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

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 (se nascer)? ☐ 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,

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

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



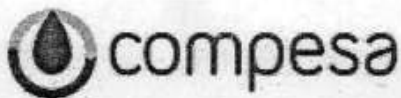


ATENDEMENTO: PRACA FARIAS NEVES - NUN. - S/N - DOIS IRMAOS R
ECIFE PE 52171-011

CNPJ 09.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2
NUN. - S/N - DOIS IRMAOS R

DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 54686960 Nov/2019	
ISMAEL DANIEL DA SILVA		R DR ARISTACHO DOURADO DE AZEVEDO, N. 00119 - CAXANGA RECIFE P	
E 50980-478		INSCRIÇÃO: 340.355.169.0146 0000 GRUPO: 17 DEB. AUTOMATICO: 054686960	
SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO SEGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE SEGOTOS
LIGADO	POTENCIAL	1	PÚBLICA
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)
A185166587	12/11/2019	12/12/2019	REAL
ÁGUA: LEIT ANT: 520 CONSUMO: 16 LEIT ATUAL: 536 LEIT IAT: 536			
HISTÓRICO DE CONSUMO			
REFERENCIA	CONSUMO	NÚMERO DE AMOSTRAS	
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ. A LEGIS
10/2019	19	TURBIDEZ	126 127 127
09/2019	16	COR APARENTE	127 127 125
08/2019	15	CLORO RESIDUAL	127 127 127
07/2019	13	COLIF. TOTAIS	127 127 123
06/2019	13	E. COLI	127 127 127
05/2019	16	Qualidade de Água: www.compesa.com.br	
MEDIA:	15	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 MORA 10/2019			0,11
DOAÇÃO AO PRO-CRIANÇA 11/2019			1,00





AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190716217220

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

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

RESERVAR

ESPECÍFICO PARA ENTREGA

USUÁRIO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	IMPONTELAL	IMPONTEL
LIGADO	LIGADO	1	COMERCIAL		
CONSUMO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL			TIPO DE CONSUMO
A16S332116	29/06/2019	29/07/2019			REAL /REAL
ÁGUA			ESGOTO		
LEIT. ANT.: 271	CONSUMO: 12		LEIT. ANT.:	VOLUME: 12	
LEIT. ATUAL: 283			LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 283			LEIT. FAT.:		
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES	ATENDEM A
06/2019 9/ 9	A	TURBIDEZ	MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
05/2019 8/ 8	A	COR APARENTE	119	119	108
04/2019 9/ 9	A	CLORO RESIDUAL	119	119	118
03/2019 7/ 7	A	COLIFORMES TOTAIS	119	119	107
02/2019 7/ 7	A	E.Coli	119	119	114
01/2019 9/ 9	A				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

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2019

DOAÇÃO AO HOSPITAL DE CANCER 07/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

10 M3	41,30
2 M3	9,48
10 M3	41,30
2 M3	9,48
	1,72
	1,00

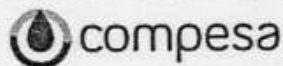
PIS	101,56	1,65	1,68
COFINS	101,56	7,60	7,72

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR: 104,28

Enitido por: INTERNET

Enitido em: 30/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

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





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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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

Paulo Antonio Mangabeira Feneres

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 051.763.201-79

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez 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: <u>Av. Fim de Séc.</u>	Número: <u>366</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Do Boce</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	Tel. (DDD): <u>(81) 81766047</u>	

Local e Data: _____

Olinda. 14. 01. 20

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017





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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINALASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu PABLO ANTONIO 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. Fundadores</u>	Número: <u>306</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Do Socó</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

DLRL001 V001/2017



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:	GÉRSUN DANIEL DA SILVA		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:			
Paciente vítima de queda de motocicleta, com fratura bem localizada de TCR C7, 5º e 6º.			
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):			
Esquema de tratamento cirúrgico, com estabilização mecânica e mobilização.			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	FISIOTERAPIA (4x 30min)
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO			
CASO POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO.			
<input checked="" type="checkbox"/> 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	Paciente com GRAVE FRATURA de
2º	TCR C7, 5º e 6º.
3º	defeito de flexão - extensão.
4º	Clavícula com
5º	fratura e defeito grave FUNCIONAL.
	Sequela definitiva 75%.

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 14/01/20 A 14/01/20
 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL: DATA: ASSINATURA E CARIMBO:





Nome:
15393-GERSON DANIEL DA SILVA

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

Data do Atendimento: 16/10/2019

Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-987919303

Prontuário: 00015393

Nº Atendimento: 01357252

Mãe:
LUZINETE JOSEFA DA SILVA

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

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 ACIDENTE COM MOTO HÁ 1 HORA. NEGA SÍNCOPE E EMESE, em: 16/10/19 00:41

EVOLUÇÃO:

MEDICO: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 /CGC: 9767633000609





Nome: 15393-GERSON DANIEL DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Contatos: / 81-987919303

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

Data do Atendimento: 16/10/2019

Prontuário: 00015393

Nº Atendimento: 01357252

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: IJACIEL DE OLIVEIRA CRM: Nº 17726

Mãe: LUZINETE JOSEFA DA SILVA

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

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

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

CID PRINCIPAL:

CONDUTA:

TALA
TRANSFERO 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: MASCULINO
Idade: 35a 1m
Nascimento: 21/09/1984
Contatos: / 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

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

Dr. IJACIEL DE OLIVEIRA
Coord. Médica
CRM: 17726

RUA RIBEIRO PESSOA - CAXANGA - RECIFE - PE / CEP 50980580 / FONE: 81-31844366 / CGC: 9767633000609





Nome:
15393-GERSON DANIEL DA SILVA
Sexo: Contatos:
MASCULINO - / 81-987919303

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

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

Conduta:

TALA
TRANSFIRO 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
Unidade: UPA24H
Coord. Médica
Cód: 11727

SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO
CRM-9756

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





Nome: GERSON DANIEL DA SILVA (1625932)

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

2 - DÍPIRONA 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. JUAREZ SEBASTIAN
CRM: 11.111.111
11/10/2019

Dr. (a) JUAREZ SEBASTIAN LIMA E LIMA

CRM:





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:



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 15 de Novembro de 1988
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CADERNÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDAR TODO
 O TÍTULO NACIONAL
 1560848484

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1560848484

GERSON DANIEL DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
 6120464 SSP PE

CPF
 051.763.204-79

DATA NASCIMENTO
 21/09/1984

PERIÇÃO
 GERSON DANIEL DA SILVA

LOKINETE JOSEFA DA SILVA

VA

PERMISSÃO
 DOMICILIAR

ACC
 DOMICILIAR

CAT. HAB
 AB

Nº REGISTRO
 05626952679

VALIDADEZ
 15/06/2022

1ª EMISSÃO
 25/10/2012

OBSERVAÇÕES
 A
 HAZ

Assinatura de Portador
 Gerson Daniel da Silva

LOCAL
 RECIFE, PE

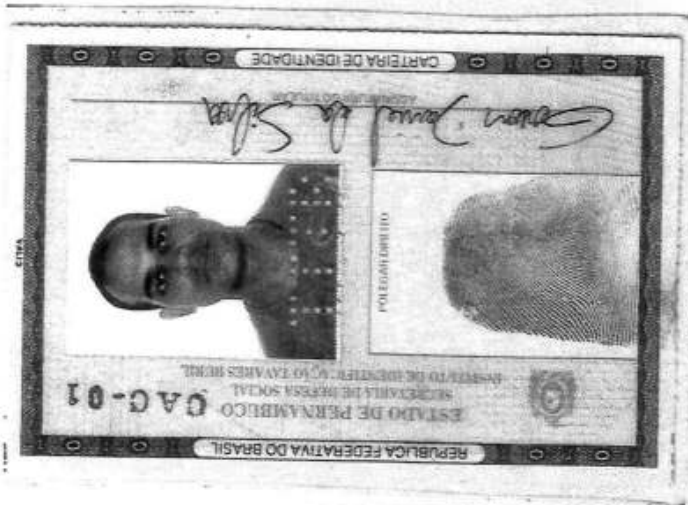
DATA EMISSÃO
 12/01/2018

Assinatura do Diretor
 Carlos Antônio Santa Rita
 Diretor Presidente

021046480106
 02083933873

PERNAMBUCO





9824609
Produt
Mauito



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1301697147

NOME
CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6456408 SDS PE

CPF
012.891.554-45

DATA NASCIMENTO
15/10/1982

PLAÇÃO
NÃO DECLARADO

TELMA LUCIA
MANGABEIRA FERREIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
03938878503

VALIDADE
17/08/2021

Vº HABILITAÇÃO
27/09/2006

DESCRIÇÃO
Exerce Ativ Remunerada

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
OLINDA - PE

DATA EMISSÃO
22/08/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

04086869547
PE074467743

DETRAN-PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº **014807382469**

VIA: **1** DOG-RENAVAM **587205520** R.N.T.R.C. ********* EXERCÍCIO **2019**

NOME **GERSON DANIEL DA SILVA**

RECIFE-PE

C.P.F. / CNPJ **051.763.204-79** PLACA **PGQ4663**

PLACA ANT. DE ******* PE** CHASSI **9C2FD0540DR158222**

ESPÉCIE TIPO **PAS /MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL **ALCO/CASOL**

MARCA / MODELO **HONDA/HR150 BROS RSD** ANO FAB. **2013** ANO MOD. **2013**

CAP. POT. / CIL. **2P/149CL** CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **PRETA**

DATA ÚNICA **IPVA 2019 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA **1º *******

PARCELAMENTO / COTAS **2º *******

3º *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) **80.11** I.D.F. (R\$) **0.32** PRÊMIO TOTAL (R\$) **84.58** DATA DE PAGAMENTO **29/01/19**

SEM RESERVA OBSERVAÇÕES

DOCUMENTO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO
NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

RECIFE **04/07/19**

Roberto Carlos Moreira Fontelles
DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE



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:	Pilson David da Silva		
Data do Acidente:	CPF da vítima:		
Portador da documentação:	Qualificação do Portador: <input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> 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 recetário 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 aq 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:	Gr
Assinatura:	Levan



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: GERSON DANIEL DA SILVA

RG/CNH/TPS: 6.140.464 CPF 031.763.204-79

End: DR. ARISTACHO DOUGADO AZEVEDO. 419 VAGZEA

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)

Cartório de Registro-Civil
15º Distrito Judiciário - Arruda

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
GERSON DANIEL DA SILVA
lançada em minha presença. Dou fé.
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

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/01/2020
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, 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

Carta nº 15383479

Pag. 01471/01472 - carta_01 - INVALIDEZ

00020736

