

---

**Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190438508**

**Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES**

**Data do Acidente: 09/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBERTO SOARES DE AMORIM**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), ANDREZA DA SILVA RODRIGUES**

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



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

Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190438508

Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Data do Acidente: 09/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO SOARES DE AMORIM

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



**Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190438508**

**Vítima: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES**

**Data do Acidente: 09/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBERTO SOARES DE AMORIM**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ANDREZA DA SILVA RODRIGUES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 945,00

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

Graduação: Em grau residual 10%

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

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

**Recebedor: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES**

**Valor: R\$ 945,00**

**Banco: 237**

**Agência: 000002296-9**

**Conta: 000001000146-3**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

**Número do Sinistro:** 3190438508

**Nome do(a) Examinado(a):** ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

**Endereço do(a) Examinado(a):** Rua Timbaúba, 130 - Petrolina/PE - CEP 56320-530

**Identificação - Orgão Emissor/UF/Número :** 9088084 - SDS PE - 18/10/2010

**Data e Local do Acidente :** 09/02/2019 - Petrolina PE

**Data e Local do Exame :** 07/08/2019 CLINICA DR DO VALE - AV CORONEL HONORATO VIANA, 97 - PETROLINA/PE - CEP 56308-000

**Resultado da Avaliação Médica**

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

Fratura da base do 2º metacarpo Direito

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

Tratamento cirurgico com fio K 1,5mm. Alta hospitalar em 19/02/19.

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

Mão D: presença de cicatrizes na face dorsal da mão, com boa cicatrização, sem edema, trofismo muscular preservado, com discreta limitação no movimento de flexão do 2º quirodáctilo D em seu 1/3 distal, apresentando discreto déficit de força no movimento de preensão da mão quando comparado com o membro contra-lateral.

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

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

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

Apresenta discreta limitação no movimento de flexão do 2 Quiroadáctilo direito associado a leve déficit de força no movimento de preensão da mão D, quando comparado com o membro contralateral.

**VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal**

permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

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

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

Região Corporal

mão direita

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

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

Pericianda vem apresentando discreta limitação funcional, com diminuição da força na mão direita, associado a discreta limitação no movimento de flexão do 2 QDD.

ROSEMBERG DIAS DOS PASSOS CRM : 21710 / UF :PE



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

119.291.724-35

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

6 - CPF:

119.291.724-35

7 - Profissão:

DESEMPREGADA

8 - Endereço:

RUA TIMBAÚBA

9 - Número:

130

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JOSÉ MARIA

12 - Cidade:

PETROLINA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56300-000

15 - E-mail:

robertosmoim@petrolina@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 98844-2534

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:

2296

9

CONTA:

1000146

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Seguradora S/A  
RUA PERNAMBUCO, 215 - Lj. 5  
RECIFE - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 (vairasor)?

☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 15/07/2018

Andrezza da Silva Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Roberto Soares de Amorim

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



3910 438508  
526049  
0216158118



CIRC  
536031 Dams  
3190438528  
024671119  
2:38

02467119

02467119

02467119

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUCIANO FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **RONIVAN DE SOUZA SANTOS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **KHR7818** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2MD34002R017650**  
Ano Fabricação/Modelo: **2002/2002** Combustível: **GASOL/GNV**  
Descrição: **HONDA/XR 250 TORNADO.**

## Complemento / Observação

**COMPARECEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA A SRA. ANDREZA DA SILVA RODRIGUES, QUEIXANDO-SE DE QUE NO DIA E HORA ACIMA CITADOS SOFREU UM ACIDENTE MOTOCICLISTICO QUANDO TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTO ACIMA CITADA, QUE ERA GUIADA PELO SEU ESPOSO RONIVAN DE SOUZA SANTOS, FATO OCORRIDO NA BR-428 NAS PROXIMIDADES DA SERRA DA SANTA, CONFORME CERTIDÃO Nº 037/2019 EXPEDIDA PELO SAMU, DATADA DE 22 DE FEVEREIRO DE 2019, TENDO SIDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE TRAUMAS CONFORME PRONTUÁRIO MÉDICO Nº 51415255, ASSINADO POR MICHELLA MENDES PEREIRA. NADA MAIS RELATOU.**

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

**ANDREZA DA SILVA RODRIGUES**  
**(VITIMA)**

*Andreza da Silva Rodrigues*



B.O. registrado por: **FERNANDO NEVES LIMA** - Matrícula: **3847667**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

119.291.724-35

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

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

5 - Nome completo:

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

6 - CPF:

119.291.724-35

7 - Profissão:

DESEMPREGADA

8 - Endereço:

RUA TIMBAÚBA

9 - Número:

130

10 - Complemento:

11 - Bairro:

JOSÉ MARIA

12 - Cidade:

PETROLINA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56300-000

15 - E-mail:

robertosmoim@petrolina@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 98844-2534

## 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)

☐ Itau (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2296

9

CONTA:

1000146

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias de pedido.

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Seguradora S/A  
RUA DOS ANJOS, 215 - Lj. 5  
RECIFE - PE

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ 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 (vairasor)?

☐ 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 15/07/2018

Andrezza da Silva Rodrigues

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Roberto Soares de Amorim

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)





**PETROLINA**



SAMU  
192

LAÍS CABRAL

Coordenadora Geral do SAMU

**CERTIDÃO N° 037/2019**

Certificamos para os devidos fins que no dia 09 de Fevereiro de 2019 às 15:h:28 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a ANDREZA DA SILVA RODRIGUES Vítima de acidente Moto Ciclístico (Queda) na BR. 428, Próximo a Serra da Santa em Petrolina PE. Conforme ocorrência de N° 1.282/2019. Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ficando aos cuidados da Enf. NAIARA.

Petrolina-PE, 22 de Fevereiro de 2019

  
 **Debora Veloso**  
Assist. Administrativo  
Samu Petrolina-PE  
**Debora Raquel Veloso**



Resp. Estatística - SAMU

**DADOS DO CLIENTE**  
 ROSIVALDO DE SOUZA SANTOS MATRÍCULA: 18751615 Abr/2019  
 R TIMBAUBA, N. 00130 - JOSE E MARIA PETROLINA PE 56300-000  
 INSCRIÇÃO: 111.840.342.0000.370 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 018751615

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y17T092244	DATA LEIT. ANTERIOR 04/04/2019	DATA LEIT. ATUAL 06/05/2019	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL / N MEDIDO

**ÁGUA:**  
 LEIT ANT: 184  
 LEIT ATU: 197  
 LEIT FAT: 197

**ESGOTO:**  
 LEIT ANT:  
 LEIT ATU:  
 LEIT FAT:

CONSUMO: 13 VOLUME: 13

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

REFERÊNCIA	CONSUMO
03/2019	15 /15
02/2019	18 /18
01/2019	16 /16
12/2018	15 /15
11/2018	18 /18
10/2018	14 /14
MEDIA:	16 /16

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	130	130	129
COR APARENTE	130	130	127
CORO RESIDUAL	130	130	130
COLIF. TOTAIS	130	130	127
E. COLI	130	130	130

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**

**ÁGUA**  
 RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
 ATÉ 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE  
 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

**ESGOTO 50,00 % DO VALOR DE ÁGUA**  
 RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)  
 ATÉ 10 M3 - 20,65 POR UNIDADE  
 11 M3 A 20 M3 - R\$ 2,37 POR M3  
 MULTA P/IMPONTUALIDADE 03/2019

CONSUMO	TOTAL (R\$)
10 M3	41,30
3 M3	14,22
10 M3	20,65
3 M3	7,11
	1,95

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	83,28	1,65	1,37
COPINS	83,28	7,60	6,33

VENCIMENTO: 20/05/2019 TOTAL A PAGAR: 85,23

**MENSAGEM:**  
 IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 4 FATURA(S) PENDENTES, NO  
 TOTAL DE R\$ 451,01. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-  
 TIVACÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 19 JUL 2019  
 Geste Seguradora S/A.  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
 Recife - PE

**compesa**  
 ATENDIMENTO: 0800-0810195  
 VAZAMENTOS: 0800-0810185

VENCIMENTO: 20/05/2019

TOTAL A PAGAR

8230000000-1 5523001011-0 01875161501-1

MATRÍCULA

OU





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.532/0001-06 | Insc. Est. 2005543-90 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
LIMERINDA SOARES AMORIM

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
AV DA INTEGRAL 808

CNPJ 70 207 380/0001-92  
Inscrição Estadual 019529763  
**CLASSIFICAÇÃO**  
13 COMERCIAL  
COMERCIAL

MARIA AUXILIADORA PETROLINA  
PETROLINA PE  
56300-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
364867847	UNICA	08/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
36/06/2019	2000540725	2522257

CONTA CONTRATO	MÊS
1145213041	06/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LETURA
13/06/2019	08/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	156,42

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	175,0000000	0,74193979	129,83
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,50
ICMS Subvenção CDE-NF 053435075-11/03/19			0,70
ICMS Subvenção CDE-NF 057213947-08/04/19			0,60
Multa por atraso-NF 057213947-08/04/19			1,83
Juros por atraso-NF 057213947-08/04/19			0,86
Atualização IGP-M NF 057213947-08/04/19			0,84

**TOTAL DA FATURA** 156,42

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
112238	CAT	08-05-2019	11 280,00	08-06-2019	11 455,00	29	175,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/ano	Consumo (kWh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE		
JAN 19	175	ICMS	121,54	25,00	32,42%	
MAR 19	108		PIS	131,58	0,17	3,20%
ABR 19	122		COFINS	131,58	0,19	27,85%
MAR 19	126				7,45%	
FEV 19	132				6,54%	
JAN 19	108				25,95%	
DEZ 19	136				100%	
NOV 19	112					
OCT 19	100					
SET 19	100					
AGO 19	100					
JUL 19	100					
JUN 19	100					

TAXAS APLICADAS		Consumo 48=202197
		R\$ 54233200

RESERVAÇÃO FISCAL	
7506 9F81 D4C0 B41F CB1F C4F5 D92E 0B82	



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

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

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES:**

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

<http://www2.susep.gov.br/bibliotecaweb/docoriginal.aspx?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 ROBERTO SOARES DE AMORIM inscrito (a) no CPF/CNPJ 008.155.164 / 95, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ANDRÉZA DA SILVA RODRIGUES inscrito (a) no CPF sob o Nº 119291724 / 35, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANDRÉZA DA SILVA RODRIGUES, inscrito (a) no CPF sob o Nº 119291724 / 35, 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>AVENIDA DA INTEGRAÇÃO</u>		Número <u>803</u>	Complemento
Bairro <u>MARIA AUXILIADORA</u>	Cidade <u>PETROLINA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56300-000</u>
Email <u>robertosouares@petrolina.net.br</u>		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(87) 98844-2539</u>

PETROLINA/PE 09 de JULHO de 2019  
Local e Data

Roberto Soares de Amorim  
Assinatura do Declarante




## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, LUCIANO FERREIRA DA SILVA,  
RG nº 48355264, data de expedição 19/08/1998  
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 024.414.584-93, com  
domicílio na cidade de PETROLINA, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
RUA 2 - VILA MARCELA, nº 52,  
complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima ANDREZA DA SILVA RODRIGUES, cujo o condutor era  
RONIVAN DE SOUZA SANTOS.

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA/XR 250/TORNADO  
Ano: 2002  
Placa: KHR7818/BA  
Chassi: 9C2MD34002R017650  
Data do Acidente: 09/02/2019  
Local e Data: PETROLINA/PE - 11/04/2019

 Luciano Ferreira da Silva  
Assinatura do Declarante

 Ronivan de Souza Santos  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO

PRIMEIRA SERVENTIA NOTARIAL DE PETROLINA



Reconheço por Autenticidade  
a firma de LUCIANO FERREIRA DA SILVA Petrolina, 11/04/2019. Em  
testemunho [assinatura] de verdade. Atendente Nicolas Alnylen de Oliveira  
Barros. Emol. 3,39, TSNR R\$ 0,80 FERC R\$  
0,40 ISS 0,20 Total 4,79. Selo: 0159566 RPV04201901 02648

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DE PERNAMBUCO

PRIMEIRA SERVENTIA NOTARIAL DE PETROLINA

Reconheço por Autenticidade  
a firma de RONIVAN DE SOUZA SANTOS Petrolina, 03/07/2019. Em  
testemunho [assinatura] de verdade. Atendente Ana Beatriz da Silva  
Santos. Emol. 3,39, TSNR R\$ 0,80  
FERC R\$ 0,40, FERM R\$ 0,03, FUNSEG R\$ 0,07 ISS 0,20 Total :  
R\$ 4,91  
Selo: 0159566 BYH06201903.00043

Consulte a autenticidade em: [www.tpe.jus.br/validar](http://www.tpe.jus.br/validar)



Ficha de Atendimento - Emergência

*Nat. 111*

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51415255  
Paciente: ANDREZA DE SOUZA RODRIGUES  
Mãe: MARIA DAS GRACAS DA SILVA  
Endereço: TRÊS MARIAS, nº 164 - JOSÉ E MARIA / PETROLINA (PE)  
CNS:  
Telefone: (87) 988236263

Doc. Identificação:

Michelle Mendes Pereira  
Assistente Administrativo  
HU UNVASF / EISERH  
SHAPE: 219.2902

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Guilherme Cavalcanti  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

ANAMNESE DO MÉDICO

09/02/19, 17:49. *X C-6a*

*Acidente de moto*

*veja vômito negro desmaiado referir  
dor em pé D, mão D, 5k outros  
membros*

*Exame: ECG, Consult, glic, sup,  
hemoc, febril*

*ECV. RER/2T C/BNF 5/5. FC: 98*

*AP: MV+ e AMT/P/R.A. FR: 16*

*ABD: plano, depress, indol.*

*Out: Fratura mão D, e pé D?*

*SNC: ECG=15, pupilas iso-fotorreagentes*

*NO: 1 Politrauma*

*2 Trauma de pé e mão D*

*GO: 1 Rx Cervical AP/P, Rx Mão D AP/*

*Rx pé D AP/periph, Rx pelve*

*Rx tórax AP*

*Rx Cervical AP/periph*

*2 Klibitil O/F A+ AD IV*

*3 Aos cuidados da ortopedia*

*4 Alta da cirurgia Geral*

Dr. Gustavo Charamba  
Cirurgia Geral  
CRM PE: 21271

Ass. Paciente:

Saída: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_:\_\_\_

Data de Impressão: 09/02/2019

Hora: 17.10



# Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

## Identificação do Paciente

Nome: ANDRESSA DE SOUZA RODRIGUES Chegada: 09/02/2019 17.56.11  
Sexo: FEMININO Idade: 22  
Transporte: SAMU Data de Nascimento: 06/06/1996

## Classificação de Risco

Queixa Principal:	QUEDA DE MOTO, ESCORIAÇÕES REGIÃO TORACO-ABDOMINAL+DOR REGIÃO DE QUADRIL DIR+ FERIMENTO CORTO-CONTUSO+DEFORMIDADE ANTBRAÇO DIR+ ferimento tornozelo								
Fluxograma:	TRAUMA MAIOR				Discriminador: DOR MODERADA				
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		15		
	Pulso	85	Ritmo:				Sat O2 (%):	96	
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:	6	PA	100X60	
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	<input checked="" type="checkbox"/>	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:	CIRURGIÃO								
Classificador:	NAIARA RIQUELME DE ATAIDE SILVA			COREN / CRM:	247087. PE	Hora de Início CR:	09/02/2019 17.59.33	Hora de Fim CR:	09/02/2019 17.02.28

## Reclassificação

Queixa Principal:									
Fluxograma:					Discriminado				
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:				
	Pulso		Ritmo:				Sat O2 (%):		
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:		PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:									
Classificador:				COREN / CRM:		Hora de Início CR:		Hora de Fim CR:	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
19 JUL 2019

Santa Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Michelle Mendes Pereira  
Assistente Administrativo  
HU UNIVASF, EBSERH  
SIABE: 219.2962

HU - UNIVASF  
CONFERRA COM O ORIGINAL  
Data: 10/02/2019



**SUS**Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ANDREZA DE SOUZA RODRIGUES

6 - ACOMPANHANTE

X

7 - PRONTUÁRIO

51415255

8 - CNS

9 - RG

10 - CPF

11 - NASCIMENTO

06/06/1996

12 - SEXO

F

13 - RAÇA/COR

PARDA

14 - REGULÁVEL

NÃO

15 - NOME DA MÃE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA

16 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 988236263

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - ETNIA

19 - TELEFONE DE CONTATO

20 - ENDEREÇO

TRÊS MÁRIAS, nº 164 - JOSÉ E MARIA

21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

22 - CÓD IBGE

2611101

23 - UF

PE

24 - CEP

56320540

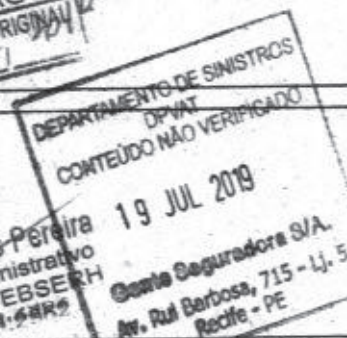
**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente de moto com trauma em mão direita. Ao exame: FCC em região dorsal da mão direita, com limitação da mobilidade articular, sm déficit neurológico e boa perfusão distal. ao rx fratura de base de 2 metacarpo direito. HD lesão do aparelho extensor do polegar, associada a fratura de base do 2 metacarpo.

26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As mesmas relatadas

27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
rx, anamnese e exame físico

Michella Mendes Pereira  
Assistente Administrativo  
HU UNIVASF / EBSE RH  
FONE: 418.6485

1 - DIAGNÓSTICO INICIAL

1 - RAUMATISMO DO MÚSCULO EXTENSOR E TENDÃO DO POLEGAR AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO

29 - CID 10 PRINCIPAL

S66.2

30 - CID 10

31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TENOMIORRAFIA

34 - CLÍNICA

35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

36 - DOCUMENTO

( ) CNS (X) CPF

37 - N. DOCUMENTO

3179213477

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOAO CARNEIRO CARMELIO NETO

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/02/2019

33 - CÓD. PROCEDIMENTO

408062452

Dr. João Carneiro C. Neto  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM 21520 - CREMEPE 23145  
142732 - CREMEPE

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

41 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

42 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

43 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - CNPJ DA SEGURADORA

45 - N. BILHETE

46 - SÉRIE

47 - CNPJ EMPRESA

48 - CNAE EMPRESA

49 - CBOR

50 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) NÃO SEGURADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

**AUTORIZAÇÃO**

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR

52 - CÓD. ORGÃO

57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

53 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

54 - NUMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF AUTORIZADOR

55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

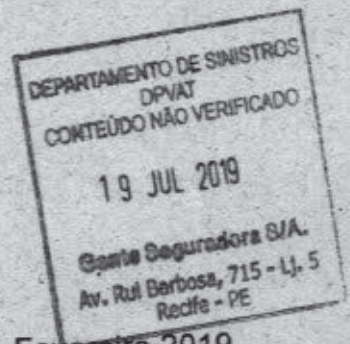
56 - ASSINATURA E CARIMBO (N. REG. CONSELHO)



## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que o paciente **ANDREZA DA SILVA RODRIGUES** portador da Cédula de Identidade sob nº **9.088.084 SDS-PE** e, inscrito no Cadastro de Pessoa Física sob nº **119.291.724-35** Data de nascimento **113/06/1995** cujo nome da mãe é: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**, residente e domiciliado no **RUA TREIS MARIA, Nº 164 BAIRRO JOSÉ E MARIA PETROLINA - PE** que o documento Ficha de Atendimento do Hospital Universitário, em Petrolina com prontuário Nº **51415255**, onde está preenchido erroneamente, sendo que o correto, é como o descrito acima.

Por ser expressão fiel da verdade, firmo a presente declaração.



Petrolina, 26 de Fevereiro 2019.

Michel Mendes Pereira  
Assistente Administrativo  
HU UNIVASF / EBSERH  
CPF: 018.2882



**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

NOME: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES		DATA INTERNAÇÃO:
DIAGNOSTICO: FRATURA DO 2º METACARPO DIREITO		DATA CIRURGIA: 18/02/19
PROCEDIMENTO: FIXAÇÃO DO 2º METACARPO		INÍCIO:
		TÉRMINO:
Cirurgião: DRA INDIRA TONSHO	Anestesista: DR ALBERTO	
1º Aux:	2º Aux:	
Anestesia: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL		
<ol style="list-style-type: none"><li>1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia;</li><li>2. Assepsia, antissepsia e Aposição de campos estéreis;</li><li>3. Abertura de FCC dorsal ao nível do 2º mtc; dissecação e hemostasia</li><li>4. Visualizado fratura na base do 2º MTC e tendões extensores integros</li><li>5. Fixação da fratura do 2º MTC com fio K 1,5mm</li><li>6. Sutura + Curativo estéril</li><li>7. IMOBILIZAÇÃO GESSADA + tipóia</li><li>8. RPA.</li></ol>		
01 fio k 1,5mm		



Dra. Indira Kinuyo A. Tonsho  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM-BA 29.600 CRM-PE 24.817

Assinatura e carimbo do médico



FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF			PRONTUÁRIO	DATA
NOME	Andrezza da Silva Rodrigues	Sexo	F	Idade
CIRURGIÃO	Dr. Indira	ASA	2	Urgência
PROCEDIMENTO		ANESTESIOLOGISTA	Dr. Alberto	SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input checked="" type="checkbox"/>
Anamnese:			INÍCIO	TÉRMINO
Alergia: <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim			08:15	09:20
Jejum: <input checked="" type="radio"/> >8h <input type="radio"/> <8h			CONDIÇÕES DE ENTRADA	
Patologias: <input checked="" type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim			PA:	108 x 69
			FC:	72
			SAT:	100%
			OUTROS:	
Exames:				
HORÁRIO			MEDICAÇÃO <input checked="" type="checkbox"/> Dose	
O2			1 Naloxon 8mg	
N2O AR			2 cefalotina 2g	
SAT			3 oximetazona 1mg	
E:G				
ETCO2				
DIURESE				
LÍQUIDOS				
Símbolos				
200				
220				
200				
180				
170				
160				
150				
140				
130				
120				
110				
100				
90				
80				
70				
60				
50				
40				
30				
20				
10				
Posição				
Hemocomponentes				
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim				
Antibiótico				
<input checked="" type="checkbox"/> Profilático <input type="checkbox"/> Terapêutico				
Descrição				
1. mamnre e revisão do prontuário				
2. monitorização não invasiva				
3. BPS, paracetamol, via subcutânea				
4. BPS, paracetamol, via oral				
5. BPS, paracetamol, via oral				
6. BPS, paracetamol, via oral				
7. BPS, paracetamol, via oral				
8. BPS, paracetamol, via oral				
9. BPS, paracetamol, via oral				
10. BPS, paracetamol, via oral				
11. BPS, paracetamol, via oral				
12. BPS, paracetamol, via oral				
13. BPS, paracetamol, via oral				
14. BPS, paracetamol, via oral				
15. BPS, paracetamol, via oral				
16. BPS, paracetamol, via oral				
17. BPS, paracetamol, via oral				
18. BPS, paracetamol, via oral				
19. BPS, paracetamol, via oral				
20. BPS, paracetamol, via oral				
21. BPS, paracetamol, via oral				
22. BPS, paracetamol, via oral				
23. BPS, paracetamol, via oral				
24. BPS, paracetamol, via oral				
25. BPS, paracetamol, via oral				
26. BPS, paracetamol, via oral				
27. BPS, paracetamol, via oral				
28. BPS, paracetamol, via oral				
29. BPS, paracetamol, via oral				
30. BPS, paracetamol, via oral				
31. BPS, paracetamol, via oral				
32. BPS, paracetamol, via oral				
33. BPS, paracetamol, via oral				
34. BPS, paracetamol, via oral				
35. BPS, paracetamol, via oral				
36. BPS, paracetamol, via oral				
37. BPS, paracetamol, via oral				
38. BPS, paracetamol, via oral				
39. BPS, paracetamol, via oral				
40. BPS, paracetamol, via oral				
41. BPS, paracetamol, via oral				
42. BPS, paracetamol, via oral				
43. BPS, paracetamol, via oral				
44. BPS, paracetamol, via oral				
45. BPS, paracetamol, via oral				
46. BPS, paracetamol, via oral				
47. BPS, paracetamol, via oral				
48. BPS, paracetamol, via oral				
49. BPS, paracetamol, via oral				
50. BPS, paracetamol, via oral				
51. BPS, paracetamol, via oral				
52. BPS, paracetamol, via oral				
53. BPS, paracetamol, via oral				
54. BPS, paracetamol, via oral				
55. BPS, paracetamol, via oral				
56. BPS, paracetamol, via oral				
57. BPS, paracetamol, via oral				
58. BPS, paracetamol, via oral				
59. BPS, paracetamol, via oral				
60. BPS, paracetamol, via oral				
61. BPS, paracetamol, via oral				
62. BPS, paracetamol, via oral				
63. BPS, paracetamol, via oral				
64. BPS, paracetamol, via oral				
65. BPS, paracetamol, via oral				
66. BPS, paracetamol, via oral				
67. BPS, paracetamol, via oral				
68. BPS, paracetamol, via oral				
69. BPS, paracetamol, via oral				
70. BPS, paracetamol, via oral				
71. BPS, paracetamol, via oral				
72. BPS, paracetamol, via oral				
73. BPS, paracetamol, via oral				
74. BPS, paracetamol, via oral				
75. BPS, paracetamol, via oral				
76. BPS, paracetamol, via oral				
77. BPS, paracetamol, via oral				
78. BPS, paracetamol, via oral				
79. BPS, paracetamol, via oral				
80. BPS, paracetamol, via oral				
81. BPS, paracetamol, via oral				
82. BPS, paracetamol, via oral				
83. BPS, paracetamol, via oral				
84. BPS, paracetamol, via oral				
85. BPS, paracetamol, via oral				
86. BPS, paracetamol, via oral				
87. BPS, paracetamol, via oral				
88. BPS, paracetamol, via oral				
89. BPS, paracetamol, via oral				
90. BPS, paracetamol, via oral				
91. BPS, paracetamol, via oral				
92. BPS, paracetamol, via oral				
93. BPS, paracetamol, via oral				
94. BPS, paracetamol, via oral				
95. BPS, paracetamol, via oral				
96. BPS, paracetamol, via oral				
97. BPS, paracetamol, via oral				
98. BPS, paracetamol, via oral				
99. BPS, paracetamol, via oral				
100. BPS, paracetamol, via oral				



**HOSPITAL DE ENSINO**  
Dr. Washington Antônio de Barros  
Av. José de Sá Maniçoba s/n Campus - Centro - Petrolina - PE

## RESUMO DE ALTA

PACIENTE: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

DATA DA ADMISSÃO: 09 / 02 / 2019

DATA DA ALTA: 19 / 02 / 2019

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: (CID -10: S62)

Fratura do 2º metacarpo direito

### TRATAMENTO / EVOLUÇÃO:

Tratamento cirúrgico de fratura do 2º MTC (redução + fixação com fio K) no dia 18/02/19

ORIENTAÇÕES: (PONTOS, CURATIVOS E RESTRIÇÕES)  
Não mexer na tala e nem no curativo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Conta Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

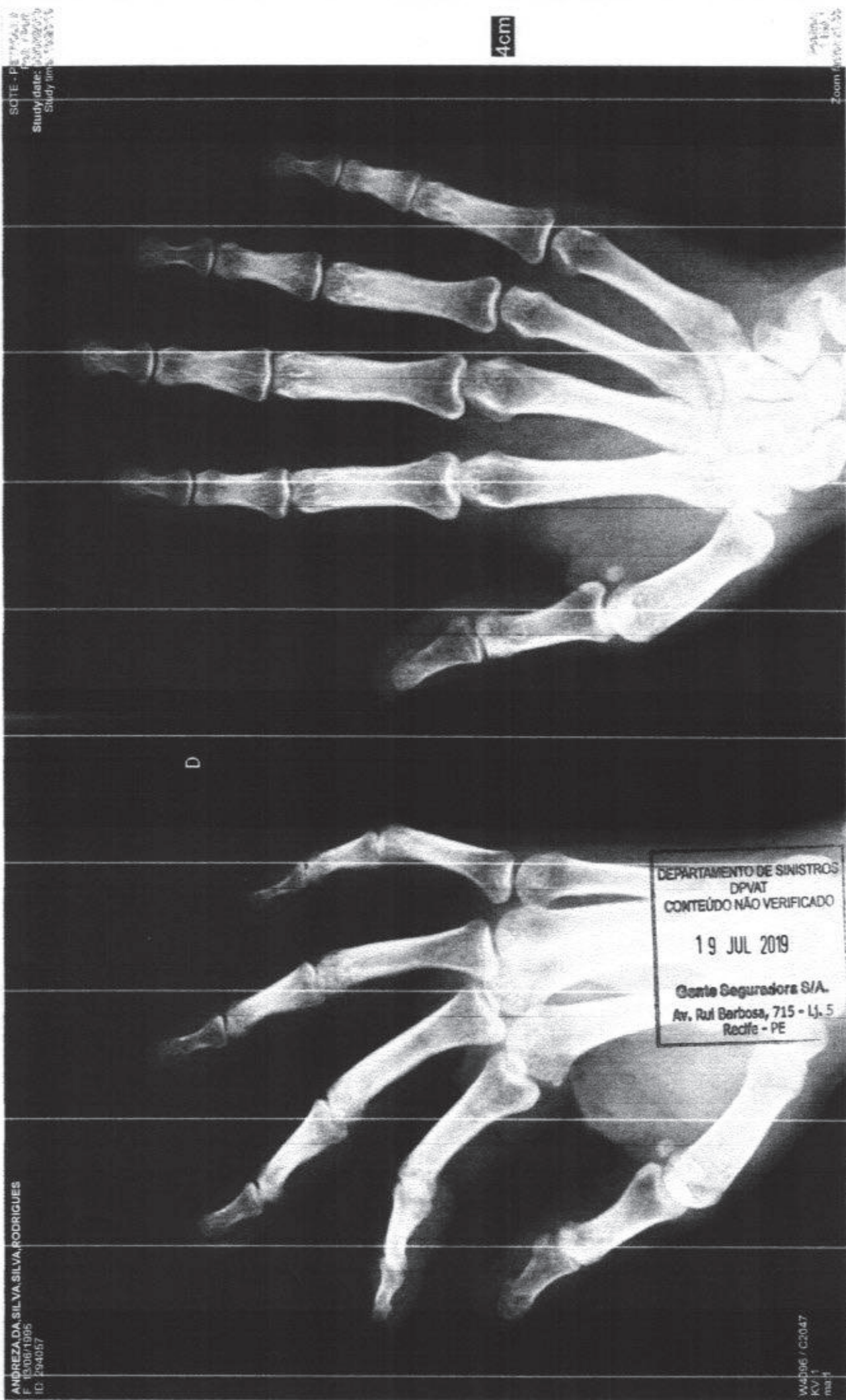
ENCAMINHAMENTO: (DOMICÍLIO, AMBULATÓRIO, POLICLÍNICA, PSF)  
Retorno ambulatorial dia 07/03/19 às 07:00

PETROLINA, 19.02.2019

*Dra. Indira Kinuyo A. Tonho*  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM-BA 29.600 CRM-PE 24.817



ANDREZA, DA, SILVA, SILVA, RODRIGUES, 13/06/1995: CR from 03/07/2019







**SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA**  
Rua Um, 01 Alto da Maravilha - Juazeiro - BA - Tel: (74) 3613-8888  
Fax: (74) 3613-8889/ 3613-8887 CEP: 48.904-580 - CNPJ: 13.971.890/0001-20

## RELATÓRIO MÉDICO

A **Sr(a) ANDREZA DA SILVA SILVA RODRIGUES** teve trauma em mão direita com fratura no dia 09/2/2019 onde apresentou fratura do 2º Metacarpo e lesão de partes moles. Submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese e fixação com fio de k atualmente apresenta consolidação da fratura e cicatrização de partes moles, porém paciente tem seqüela de déficit na flexão metacarpo falangeana em torno de 30% e dum déficit de força de preensão em torno de 50%.

Dr ROBERTO BASTOS DE ALENCAR FILHO  
CRM - CRM 14.424-BA  
03/07/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019
Corre Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.088.084 DATA DE EXPEDIÇÃO 18/10/2010

NOME << ANDREZA DA SILVA RODRIGUES >>

FILIAÇÃO << SERGIO DE ARAUJO RODRIGUES >>  
<< MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA >>

NATURALIDADE SANTA MARIA DA BOA VISTA - PE DATA DE NASCIMENTO 13/06/1995

DIG. ORIGEM << CN.16511 L.15A F.92V SANTA MARIA DA BOA VISTA-PE 26.06.1995 >>

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI N°7 146-DE-2006

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 05R-17

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIRIL

POLEAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

CÓDIGO DE CONTROLE  
557A.03A2.6118.813B

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 13:21:17 do dia 10/03/2016 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 00

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 119.291.724-35

Nome ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Nascimento 13/06/1995

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Fone Fácil Bradesco 4082-9022 / 0800 579-0022 - Acesso ao Exterior +55 (11) 4082-9022

Assinatura Autorizada

Dia e Noite

Banco24Horas

PLUS

VISA Electron

Prezado(a) Cliente:

- Não empreste o seu cartão, sua senha e de uso pessoal e intransferível.
- Aceite somente orientações de funcionários da Agência.
- Esse cartão é emitido pelo Banco Bradesco S.A., que poderá cancelá-lo a qualquer momento.
- Para a função saque no Exterior, consulte sua Agência ou Fone Fácil Bradesco.

bradesco.com.br

SAC: 0800 704-8383 - Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0080 - Ouvidoria: 0800 727-8833

Bradesco

PoupCard

4380 2296 1000 1460

4380

09/20 2296 9 1000146 3 01 00

VALIDO ATÉ AGÊNCIA OUT. DATA VIA TWC

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

VISA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02  
**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.532/0001-06 | Insc. Est. 2005543-90 | www.celpe.com.br

**DADOS DO CLIENTE**  
LIMERINDA SOARES AMORIM

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**  
AV DA INTEGRAL 808

CNPJ 70 207 380/0001-92  
Inscrição Estadual: 019529763  
**CLASSIFICAÇÃO**  
13 COMERCIAL  
COMERCIAL

MARIA AUXILIADORA PETROLINA  
PETROLINA PE  
56300-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
364867847	UNICA	08/06/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
36/06/2019	2000540725	2522257

CONTA CONTRATO	MÊS
1145213041	06/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRÓXIMA LETURA
13/06/2019	08/07/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	156,42

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	175,0000000	0,74193979	129,83
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,88
Contrib. Ilum. Pública Municipal			16,50
ICMS Subvenção CDE-NF 053435075-11/03/19			0,70
ICMS Subvenção CDE-NF 057213947-08/04/19			0,60
Multa por atraso-NF 057213947-08/04/19			1,83
Juros por atraso-NF 057213947-08/04/19			0,86
Atualização IGP-M NF 057213947-08/04/19			0,84

**TOTAL DA FATURA** 156,42

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
112238	CAT	08-05-2019	11.280,00	08-06-2019	11.455,00	29	175,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
Mês/ano	Consumo (kWh)		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	
JAN 19	175	ICMS	121,54	25,00	32,50	RS 44,11
FEB 19	108					RS 6,13
ABR 19	125		PIS	131,58	0,17	0,22
MAR 19	126	COFINS	131,58	0,19	1,24	RS 6,81
FEV 19	136					RS 7,32
JAN 19	108					RS 34,18
DEZ 19	136					RS 133,88
NOV 19	112					100%
OCT 19	100					
SET 19	100					
AUG 19	100					
JUL 19	100					
JUN 19	100					
TARIFAS APLICADAS						R\$ 0,442300
RESERVAÇÃO FISCAL						
7506 9F81 D4C0 B41F CB1F C4F5 D92E 8B82						

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190438508 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDREZA DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 09/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da base do 2º metacarpo Direito.

**Descrição do exame físico:** Mão D: presença de cicatrizes na face dorsal da mão, com boa cicatrização, sem edema, trofismo muscular preservado, com discreta limitação no movimento de flexão do 2º quirodáctilo D em seu 1/3 distal, apresentando discreto déficit de força no movimento de preensão da mão quando comparado com o membro contra-lateral.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com fio K 1,5 mm. Alta hospitalar em 19/02/19.

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional residual da mão direita.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais da mão direita, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190438508

**Cidade:** Petrolina

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

**Data do acidente:** 09/02/2019

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da base do 2º metacarpo Direito.

**Descrição do exame físico:** Mão D: presença de cicatrizes na face dorsal da mão, com boa cicatrização, sem edema, trofismo muscular preservado, com discreta limitação no movimento de flexão do 2º quirodáctilo D em seu 1/3 distal, apresentando discreto déficit de força no movimento de preensão da mão quando comparado com o membro contra-lateral.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com fio K 1,5 mm. Alta hospitalar em 19/02/19.

**Sequelas permanentes:** Déficit funcional residual da mão direita.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 07/08/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o termino do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais da mão direita, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190438508 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDREZA DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 09/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA. P.3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P.5,7

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.9 / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190438508 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ANDREZA DA SILVA RODRIGUES **Data do acidente:** 09/02/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 29/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE 2º METACARPO DA MÃO DIREITA. P.3

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIO DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. P.5,7

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** P.9 / SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

RG/CNH/CTPS: 9.088.084-558/BA CPF: 119.291.724-35

End: Rua TIMBAÚBA - Nº 130 - JOSÉ E MARIA  
PETROLINA / PE

Outorgado: ROBERTO SOARES DE AMORIM

RG/CNH/CTPS: 572100710 CPF: 008.155.164-95

End: AVENIDA DA INTEGRAÇÃO - Nº 808  
MARIA AUXILIADORA - PETROLINA / 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**:

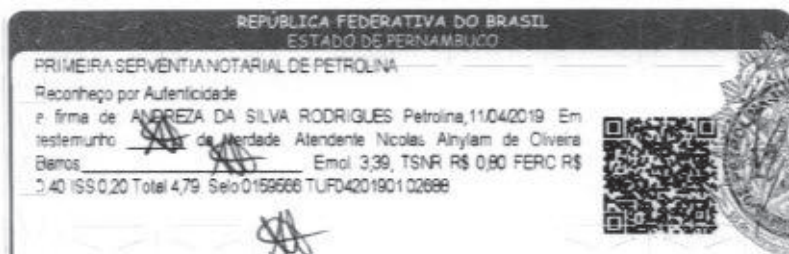
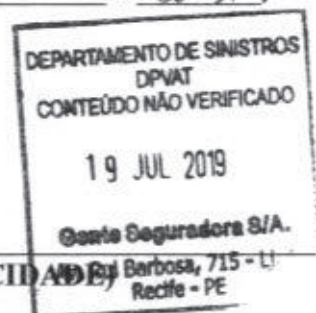
ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

PETROLINA / PE, 11 de Abril de 2019



Andreza da Silva Rodrigues

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0246158/19

**Vítima:** ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

**CPF:** 119.291.724-35

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 09/02/2019

**Titular do CPF:** ANDREZA DA SILVA  
RODRIGUES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### ROBERTO SOARES DE AMORIM : 008.155.164-95

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

### ANDREZA DA SILVA RODRIGUES : 119.291.724-35

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](http://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: 19/07/2019  
Nome: ROBERTO SOARES DE AMORIM  
CPF: 008.155.164-95

ROBERTO SOARES DE AMORIM

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019  
Nome: Marta Marinho dos Santos  
CPF: 492.294.514-87

Marta Marinho dos Santos