

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, 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. 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



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, 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, retorno 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



**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 cirúrgico 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 2º quirodáctilo 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 (*).

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

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

mão direita

% 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

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.

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:

119.291.724-35

4 - Nome completo da vítima:

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 RUA TIMBAÚBA

8 - Endereço:

11 - Bairro:

JOSÉ G MARIA

12 - Cidade:

PETROLINA

9 - Número:

130

10 - Complemento:

PC

14 - CEP:

56300-000

15 - E-mail:

robertoamorim_petrolina@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 98844-2539

DADOS DO REPRESENTANTE LÉGAL (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:

RECUZO 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)

Caja Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

2296

9

CONTA: 1000146

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 do pedido.

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

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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

Sim

31 - Vítima

Sim

teve

Irmãos?

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Sim

33 - Vítima deixou

Sim

34 - Vítima

Vivos

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 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife 15/07/2018

Andreza da Silva Rodrigues

Roberto Soares de Amorim

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

3410438508
536049
0216158118



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 214^a CIRCUNSCRICAO - PETROLINA - DP214^aCIRC
DINTER2/26^aDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0304000927

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/03/2019** às **12:38**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 9/2/2019 no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, FATO OCORRIDO NA BR-428 (PRÓXIMO A SERRA DA SANTA)** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA FEDERAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
RONIVAN DE SOUZA SANTOS (OUTRO)
LUCIANO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)
ANDREZA DA SILVA RODRIGUES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): RONIVAN DE SOUZA SANTOS

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

ANDREZA DA SILVA RODRIGUES (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA**
Pai: **SERGIO DE ARAUJO RODRIGUES** Data de Nascimento: **13/6/1995** Naturalidade: **SANTA MARIA DA BOA VISTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9088084/SDS/PE (RG), 119.291.724-35 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**
Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR** Telefones Celulares:

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **IML PARA EXAME DE CORPO DELITO**
Endereço Residencial: **RUA TRES MARIAS, 164 - CEP: 55000-000 - Bairro: JOSE E MARIA - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RONIVAN DE SOUZA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **VALDECI CARVALHO DE SOUZA SANTOS** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **AMASIAO(A)** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares:

Endereço Residencial: **RUA TRES MARIAS, 164 - CEP: 55000-000 - Bairro: JOSE E MARIA -**

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

LUCIANO FERREIRA DA SILVA - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

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 MOTOCÍCLISTICO 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)

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:

119.291.724-35

4 - Nome completo da vítima:

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 RUA TIMBAÚBA

8 - Endereço:

11 - Bairro:

JOSÉ G MARIA

12 - Cidade:

PETROLINA

9 - Número:

130

10 - Complemento:

PC

14 - CEP:

56300-000

15 - E-mail:

robertoamorim_petrolina@hotmail.com

16 - Tel. (DDD):

(81) 98844-2539

DADOS DO REPRESENTANTE LÉGAL (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:

RECUZO 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)

Caja Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:

2296

9

CONTA: 1000146

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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 do pedido.

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

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):

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Recife 15/07/2018
Andresa da Silva Rodrigues

Roberto Soares de Amorim

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NAO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



PETROLINA



**SAMU
192**

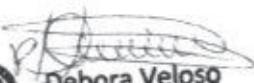
LAÍS CABRAL

Coordenadora Geral do SAMU

CERTIDÃO N° 037/2019

Certificamos para os devidos fins que no dia 09 de Fevereiro de 2019 às 15:18:28 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a ANDREZA DA SILVA RODRIGUES Vitima 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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu 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 119.291.724-35, do sinistro de DPVAT cobertura INVARIDEZ, da Vítima Andréza da Silva Rodrigues, inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.291.724-35, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão: _____	Renda: _____	e apresento os documentos comprobatórios:
		DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUL 2019		
<input checked="" type="checkbox"/> 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	Número	Complemento
<u>Avenida da Integração</u>	<u>803</u>	
<u>Maria Auxiliadora</u>	<u>16</u>	<u>petrolina</u>
<u>1000m - petrolina.potual.com</u>	<u>Telefone comercial (DDD)</u>	<u>Telefone celular (DDD)</u>
	<u>(81) 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 MARCEIA, nº 52,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado 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: RHR7818/BA

Chassi: 9C2MD34002R017650

Data do Acidente: 09/02/2019 Local e Data: PETROLINA/PE - 11/04/2019

Luciano Ferreira da Silva
Assinatura do Declarante

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

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

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

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 de verdade. Atendente Nicols Ainylam de Oliveira
Bento, Assinatura Emol. 3,39. TSNR R\$ 0,80 FERC R\$
0,40 ISS 0,20 Total 4,79. Selo 0159566 RPV04201901 02646







REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

PRIMEIRA SERVENTIA NOTARIAL DE PÉTROLINA

Reconheço por Autenticidade
a firma de: Ronivan de Souza Santos Petrolina, 03/07/2019. Em
testemunho de verdade. Atendente Ana Beatriz da Silva
Santos, Assinatura 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/tabeladigital





Ficha de Atendimento - Emergência

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:

PE) **Michelle Mendes Peleira**
Assistente Administrativo
HUL/UNIVASF / EBSERH
MAPE: 219.2982. (

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

19 JUL 2019

Brasile Seguradora S/A
990 1000-22
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

ANAMNESE DO MÉDICO

ANAMNESE DO MÉDICO
09/02/19, 17:49. C-6A
Aidente de moto
Vômito nega desmaio
por en. pé D, mão D, 5k (outros
cintos).
Exame: ECG constante, glic., glic.,
hemoc. febril
Tc: 37,2°C / BNF 315. FC: 80
RR: MVR+ em AHT (P) R. A FR: 16
ABD: plano, drenos, rotulas. 1) BC
OSS: Fratura mão D, e pé D?
SNC: ECG = 15, pupilas irregulares
no ① Politrauma
② Trauma de pé e mão D
Rx: ① Rx cervical AP / P Rx Mão D AP
Rx pé D AP / periflux Rx rotula
Rx tórax AP
Rx cervical AP / periflux
② Radiografia DFA + 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

Horas: 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 ANTIBRAÇO 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	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:	CIRURGIÃO						Hora de Fim CR:	09/02/2019 17.59.33
Classificador:	NAIARA RIQUELME DE ATAIDE SILVA	COREN / CRM:	247087 PE				Hora de Fim CR:	09/02/2019 17.02.28

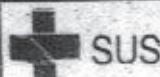
Reclassificação

Queixa Principal:

Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		19 JUL 2019	
	Pulso		Ritmo:				Sat O2 (%):	96
	Temperatura Timpânica		Escala de Dor:				PA	DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
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:							Hora de Fim CR:	09/02/2019 17.02.28
Classificador:		COREN / CRM:					Hora de Fim CR:	09/02/2019 17.02.28

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HU UNIVASF EBSEH
SIAPF: 249.2962

IHU - UNIVASF
CONFIRA COM O ORIGINAL
Data: 10/02/2019



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 51415255

7 - PRONTUÁRIO

8 - CNS

9 - RG

10 - CPF

11 - NASCIMENTO

06/06/1996

12 - SEXO

F

13 - RACA/COR

PARDA

14 - REGULÁVEL

NAO

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 MARIAS, 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 deficit neurologico 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

HU - UNIVASF
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 19/02/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
COLEÚDO NÃO VERIFICADO

Michella Mendes Pereira 19 JUL 2019
Assistente Administrativo
HCU - UNIVASF / EBSEH
Série: 518-5882
Geste Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lt. 5
Recife - PE

1 - DIAGNÓSTICO INICIAL

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

29 - CID 10 PRINCIPAL

30 - CID 10

31 - CID 10 C. ASSOCIADAS

S66.2

PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TENOMIORRÁFIA

33 - CÓD. PROCEDIMENTO
408050450

Dr. João Carneiro C. Neto

34 - CLÍNICA

35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

36 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

37 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF)

3179213477

Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRMPE 23145

38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOAO CARNEIRO CARMELIO NETO

39 - DATA DA SOLICITAÇÃO

09/02/2019

40 - ASS. 216700 CRMPE 13277
CRMPE 13277 (REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

44 - CNPJ DA SEGURADORA

45 - N. BILHETE

46 - SÉRIE

41 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

43 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

50 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

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

47 - CNPJ EMPRESA

48 - CNAE EMPRESA

49 - CBOR

51 - NOME PROF. AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

57 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - CÓD. ORGÃO

53 - DOCUMENTO

54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF AUTORIZADOR

() CNS () CPF

55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

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

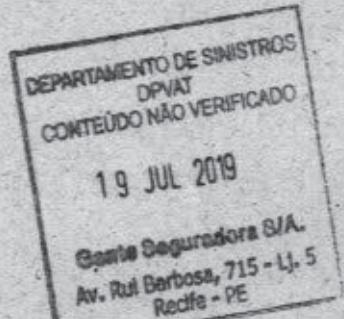
DECLARAÇÃO

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.

~~Michelle Mendes Pereira~~
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SIAPE: 518.5582



DESCRÍÇÃO 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"> 1. Paciente decúbito dorsal sob anestesia; 2. Assepsia, antisepsia e Aposição de campos estéreis; 3. Abertura de FCC dorsal ao nível do 2º mtc, dissecção e hemostasia 4. Visualizado fratura na base do 2º MTC e tendões extensores integros 5. Fixação da fratura do 2º MTC com fio K 1,5mm 6. Sutura + Curativo estéril 7. IMOBILIZAÇÃO GESSADA + tipóia 8. RPA 		
01 fio k 1,5mm		



Dra. Indira Kinuyo A. Tonsho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da mão
CRM-BA 29.600 CRIV-PE24.817

Ass. natural e carimbo do médico

FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF

HUUNASF

PRONTUÁRIO

DATA
18/02/19

NOME

CIRURGIAO

PROCEDIMENTO

Anamnese:

Alergia: Não Sim
 Jejum: >8h <8h
 Patologias: Não Sim

ANESTESIOLOGISTA

Dr. Alberto

Sexo: F Idade: 22 ASA: 1 Urgência: SIM NÃO

INÍCIO: 08:15 TÉRMINO: 09:20

CONDIÇÕES DE ENTRADA

PA: 108 x 69

FC: 72

SAT: 107

OUTROS:

HORÁRIO

O2

N2O AR

SAT

E/G

ETCO2

DIURESE

LÍQUIDOS

Símbolos

240
220
200
180
170
160
150
140
130
120
110
100
90
80
70
60
50
40
30
20
10

■ PAMI
▲ Início/Fim Gártiole
X Início/Fim Anestesia
△ Arterial
▼ Arterial

■ Início/Fim Cirurgia
● Início/Fim Cirurgia
● Pulsos
● Posição

Hemocomponentes

 Não SimAntibiótico Profilático Terapêutico

1. rehalotina

Michelle Mendes Pereira
Assistente Administrativo
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EBSEH
71-9962

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DPAT
CONTÉUDO NAVERIFICADO
19 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lote 14
Recife - PE
CONFECÇÃO: 100 ORIGINAIS
Data:

Descrição: 1. Mammele revisão do prontuário
2. Monitorizar e revisar o prontuário
3. BPS, peritoneal, via sumada, náuseas e vômitos, a droga é guanidina 0,5% feita no Neocaina 0,815%, com vasodilatador 20 ml.

MEDICAÇÃO

Dose

1. nausodrin 8mg
2. ceatalotina 20
3. prednimesolona 10mg
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
11.
12.
13.
14.
15.
16.
17.
18.
19.
20.

MONITORIZAÇÃO

- OXIMETRIA ANALISADOR GÁS
 CARDIOSCOPIA PAI
 PNI OUTROS
 CAPNOGRAFIA
 SVD

TÉCNICA ANESTÉSICA

- ACOMPANHAMENTO
 RAQUIANESTESIA G. VENOSA
 G. BALANCEADA PERIDURAL
 G. INALATÓRIA PERI CONT.
 B. PLEXO

HOSPITAL DE ENSINO
Dr. Washington Antônio de Barros
Av. José de Sá Manicoba 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

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

ORIENTAÇÕES: (PONTOS, CURATIVOS E RESTRIÇÕES)

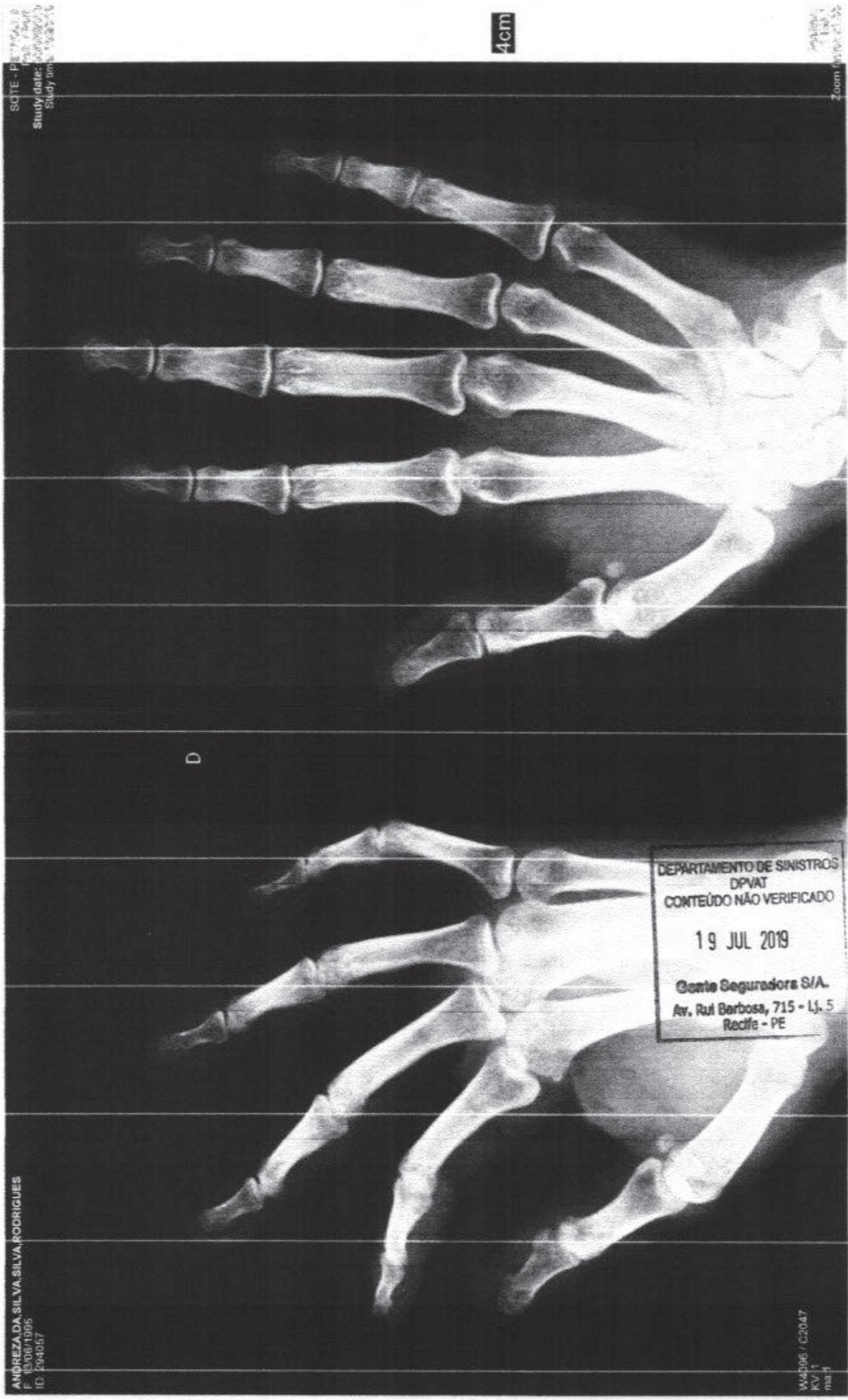
'Não mexer na tala e nem no curativo.'

ENCAMINHAMENTO: (DOMICÍLIO, AMBULATÓRIO, POLICLÍNICA, PSF)

Retorno ambulatorial dia 07/03/19 as 07:00

PETROLINA, 19.02.2019

Dra. Indira Kinuyo A. Tonsho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Mão
CRM-BA 29.500 CRM-PE24.817





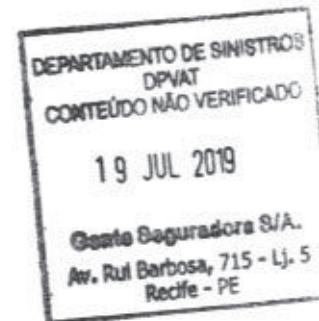
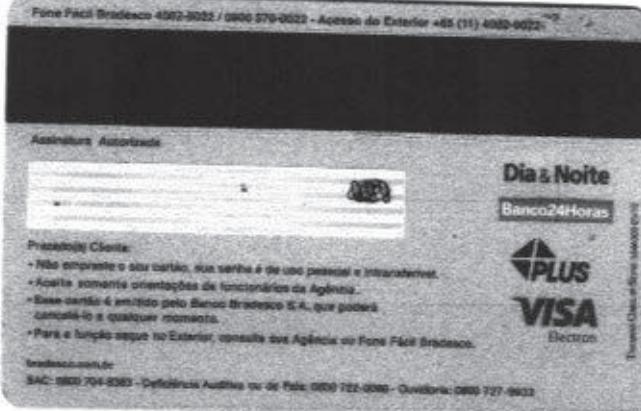
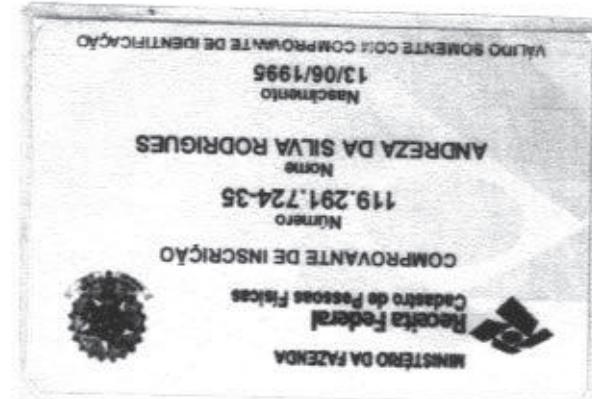
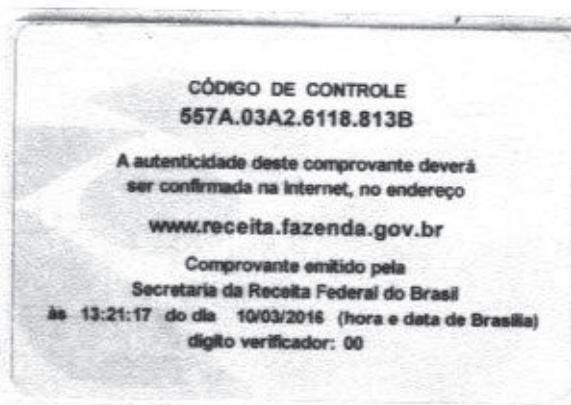
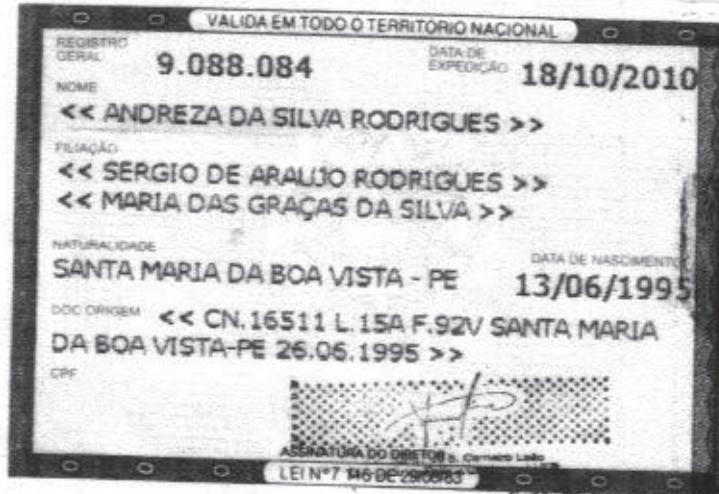
SOTE - Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada LTDA
Rua Um , 01 Alto da Maravilha - Juazeiro -BA- Tel : (74) 3613-8888
Fax: (74) 3613 - 8889/ 3613 - 8887 CEP: 48.904-580 - CNPJ: 13 971890/0001-20

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



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 término 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 término 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: 9.088.084-558/34 CPF: 119.291.724-35
End: Rua Timbaúba - nº 130 - José e Maria
PETROLINA / PE

Outorgado: ROBERTO SOARES DE AMORIM
RG/CNH/CTPS: 572100210 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/02/2019

Titular do CPF: ANDREZA DA SILVA RODRIGUES

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

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 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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

ROBERTO SOARES DE AMORIM

Marta Marinho dos Santos