

Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190529480 Vítima: PAULO DE ASSIS SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), PAULO DE ASSIS SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples dos documentos médicos de todo tratamento realizado entre a data do acidente e a data da identificação da sequela permanente, com a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foram entregues.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529480

Vítima: PAULO DE ASSIS SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), PAULO DE ASSIS SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529480

Vítima: PAULO DE ASSIS SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), PAULO DE ASSIS SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190529480

Vítima: PAULO DE ASSIS SILVA

Data do Acidente: 01/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), PAULO DE ASSIS SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 045.413.554-85 4 - Nome completo da vítima: PAULO DE ASSIS SILVA

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

5 - Nome completo: PAULO DE ASSIS SILVA 6 - CPF: 045.413.554-85
7 - Profissão: 8 - Endereço: RUA VINTE E UM DE ABRIL 9 - Número: 117 10 - Complemento:
11 - Bairro: AFOGADOS 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50761-350
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3028 CONTA: 000759306
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:
(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 do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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: EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: 12 SET. 2019

CPF: SEGURO DPVAT

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 12 DE SETEMBRO DE 2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



EXCELSIOR SEGUROS

12 SET. 2019

SEGURO DPVAT





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 013ª CIRCUNSCRIÇÃO - MUSTARDINHA - DP13ªCIRC
DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0103001649**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/08/2019** às **11:12**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/4/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PARNAMIRIM (BAIRRO), 01, AV: PINTO ROSA EM FRENTE OA EDF> VILA MARIANA PARNAMIRIM** - Bairro: **PARNAMIRIM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
PAULO DE ASSIS SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO DE ASSIS SILVA**

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

PAULO DE ASSIS SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARLENE DE ASSIS SILVA** Data de Nascimento: **6/10/1981** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5881929/SDS/PE (RG)**.
04541355485 (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **JARDINEIRO(A)**
Telefones Celulares:
- **984114748**

Endereço Residencial: **RUA VINTE E UM DE ABRIL, 17 - CEP: 50000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

OUTRO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO DE ASSIS SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PAULO DE ASSIS SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

EXCELSIOR SEGUROS

12 SET. 2019

SEGURO CONV

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SRº PAULO DE ASSIS SILVA, DIZENDO QUE QUANDO SE DESLOCAVA EM UMA BICICLETA PELA RUA PINTO ROSA NO BAIRRO DO PARNAMIRIM, FOI ATROPELADO POR UM COLETIVO E FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FICOU SENDO ASSISTIDO POR UM PERÍODO DE SESSENTA DIAS. O QUEIXOSO NÃO SOUBE INFORMAR QUAL COLETIVO QUE O ATROPELOU, POIS DEMAIOR E FICOU EM COMA POR VÁRIOS DIAS. SEM MAIS PARA REGISTRO.

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

PAULO DE ASSIS SILVA
(VITIMA) *HS*



B.O. registrado por: **ROMERIO RODRIGUES DO AMARAL** - Matrícula: 1520865

Romario Rodrigues do Amaral

EXCELSIOR SEGUROS
12 SET. 2019
SEGURO DPVAT

~~OPTS CIRC~~

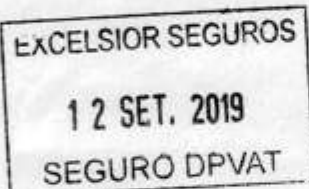
PERÍODO DE 60 DIAS. O QUEIXOSO NÃO SOUBE INFORMAR QUAL ONIBUS QUE O ATROPELOU, POIS DESMAIOU E FICOU EM COMA POR VÁRIOS DIAS. A VITIMA APRESENTOU AQUI DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO SAMU Nº 083.04.2019 ASSINADA PELO DR. SERGIO PARENTE COSTA. SEM MAIS PARA REGISTRO.

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

✕

PAULO DE ASSIS SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCONI LIMA DE OLIVEIRA** - Matrícula: **2208415**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

045.413.554-85 PAULO DE ASSIS SILVA

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

5 - Nome completo:

PAULO DE ASSIS SILVA

7 - Profissão:

8 - Endereço:

RUA VINTE E UM DE ABRIL

6 - CPF:

045.413.554-85

9 - Número:

117

10 - Complemento:

11 - Bairro:

AFOGADOS

12 - Cidade:

RECIFE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

50761-350

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1028

CONTA:

000759306

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 do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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 (vai nascer)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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:

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

12 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, RECIFE 12 de SETEMBRO de 2019

Paulo de Assis Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

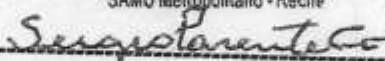
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	083.04.2019
DATA	29.04.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **MARLENE DE ASSIS SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **2289579** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **464.259.774-34**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-571992**, que no dia 01 de janeiro de 2019, o paciente Sr. **PAULO DE ASSIS SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **5881929** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **045.413.554-85**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo bicicleta e ônibus, por volta das 08h, na Rua Pinto Rosa, em frente ao Edifício Vila Mariana, após Shopping Parnamirim, no bairro Parnamirim, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital da Restauração. Recife, 29 de abril de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife



Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

EXCELSIOR SEGUROS

12 SET. 2019

SEGURO DPVAT

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife - PE

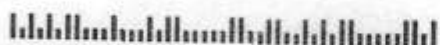
CEP - 50.060.140 Fone: 3355-7450



Itaucard



Consulte sua fatura na internet
ou nos caixas eletrônicos do Itaú.



CTC RECIFE PE PL1



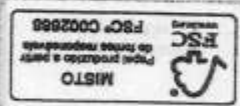
MARLENE DE ASSIS SILVA
R VINTE E UM DE ABRIL 117
AFOGADOS
50761-350 RECIFE - PE



7211094230169270000000010930 120819

Data de Postagem: 12/08/2019
Data de Vencimento: 27/08/2019
Data de Fechamento (emissão): 11/08/2019
Data prevista de fechamento da próxima fatura: 11/09/2019

EXCELSIOR SEGUROS
12 SET. 2019
SEGURO DPVAT



Itaucard



Mude para a
Fatura Digital.

Mais rapidez e facilidade para você.



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 22/04/2019 13:00Hr
Serviço.....: NEUROCIRURGIA PERIFERICO
Médico.....: 591 - FERNANDO HENRIQUE MORAIS DE SOUZA
Agenda.....: 47772

OK

Informações do Paciente

Paciente.....: 1661729
Nome.....: PAULO DE ASSIS SILVA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (81) - 31815400 / Celular: () -
Endereço.....: IGNORADO, 1 - CENTRO - RECIFE - PE - Cep: 52010170
Cidade.....: RECIFE

Same.....: 868914

Nasc.....: 06/10/1981

 Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO GOVERNO DO ESTADO	Paciente: <i>Paulo de Assis Silva</i>	Registro: <i>Paulo de Assis Silva</i>
	Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:
<i>A NCR</i> <i>Paciente vítima de acidente automobilístico, envolvendo com lesão de plexo nervoso em membro superior D. Solicito avaliação e condução do caso.</i>		
Data: <i>21/03/19</i>		Ass. Carimbo Médico/CREMEPE

COD. 0340

EXCELSIOR SEGUROS

12 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1043682

Nome : Paulo A. Amorim Silva

Foi atendido às 08:24 hs. do dia 01/01/19

Diagnóstico Provável : Polipóide viloso do útero, auto-
matizado, com polípedos e
polípedos e corion viloso. Corion viloso
& corion viloso matizado.
Polipóide de 30 (trinta) dias de gestação
com vilos.

Tratamento Realizado : Cirurgia realizada dia 28/01/19 por
Dr. Louli, Dr. Alvaro, Dr. Felipe e Dr. Rômulo
para remoção do polípodo em polipóide mat.
Silvina com diagnóstico de 02 peças 2.0mm.

Observação : Retorno ao ambulatório do Dr. Louli,
no dia 21/03/19 às 13:00 horas para
exame, com exame.

Cópia de : Alta BME dia 20/02/2019

R. 
Cirurgião
B. 1013

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

EXCELSIOR SEGUROS

12 SET. 2019

SEGURO DPVAT



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

SEVERINO CO. L.

Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

Paulo L. Amorim
Selo

Sel

Fim. Horae

20 dias

EXCELSIOR SEGUROS

12 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Dr. Fernando Henrique Souza
Neurocirurgia
CRM 10429

Data: / /

Ass. Carimbo/Médico/CRE

COD



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1073682/2019

NOME: PAULO DE ASSIS SILVA.

Foi atendido às 08h27 do dia 01.01.2019.

Diagnóstico provável: Fratura complexa de 1/3 médio de face.

Fratura complexa de mandíbula.

Exotropia por encurtamento muscular secundário
a fratura de órbita à direita.

TCE grave - HEDA laminar temporal + fratura linear
temporal direita. (Acidente automobilístico)

Tratamento realizado:

Trat. cirúrgico - redução e fixação de fratura complexa
de 1/3 médio de face + reconstrução de paredes
inferior da órbita + descompressão de órbita em 18.01.19
redução e fixação de fratura complexa de mandíbula
+ osteoplastia de mandíbula. Um curso intra
oral em 28.01.2019

Obs. Fisioterapia respiratória

Trat. conservador do TCE.

Exames complementares - Trat. de suporte clínico

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Orientações e prescrições para casa.

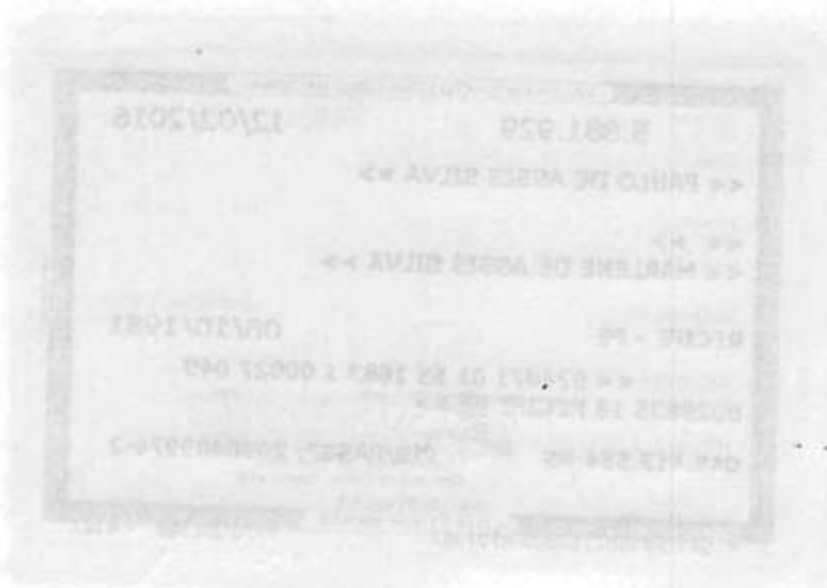
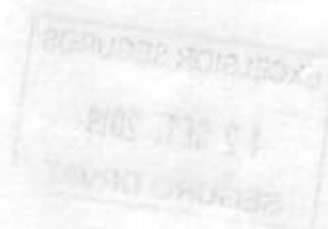
Cópia de Prontuário Médico em _____. Alta em 21.02.2019

16.10.2019
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Dr. Franklin Serra
Médico do SANE
Clínica

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040

Fones: 31815451/31815572



EXCELSIOR SEGUROS
12 SET. 2019
SEGURO DPVAT

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	5.881.929
DATA DE EXPEDIÇÃO	12/02/2016
NOME	<< PAULO DE ASSIS SILVA >>
FILIAÇÃO	<< >>
	<< MARLENE DE ASSIS SILVA >>
NATURALIDADE	RECIFE - PE
DATA DE NASCIMENTO	06/10/1981
DOC. ORIGEM	<< 074971 01 55 1683 1 00027 049 0029835 18 RECIFE PE >>
CNPJ	045.413.554-85
PIS/PASEP	2090489974-2
ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
416831681502113800.6707067 F-70 30.308 - 4322	



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA PAULO NE ASSIS SILVA
DATA DO ACIDENTE 01/10/2019 CPF DA VITIMA 045413554-85
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR X VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE (____) _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL), ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTeira DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
☒ NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 12/10/2019

IDENTIDADE _____

ASSINATURA Paulo Ne Assis Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 12/10/2019

NOME Gustavo Maciel

ASSINATURA Gustavo Maciel

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190529480

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: PAULO DE ASSIS SILVA

Data do acidente: 01/01/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE COM HEDA, TRAUMA DE FACE COM FRATURA COMPLEXA DE MANDÍBULA, FRATURA DE ÓRBITA DIREITA.

Descrição do exame VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO.

físico: NÃO APRESENTA BLOQUEIO ARTICULAR DE ATM, COM BOSA ABERTURA DE CAVIDADE ORAL.

Resultados terapêuticos: OSTEOSSÍNTESE PARA AS FRATURAS DE FACE, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE. FEZ FISIOTERAPIA. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 29/10/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, 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
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

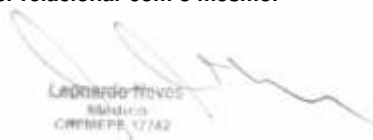
Número do Sinistro: 3190529480
Nome do(a) Examinado(a): Paulo de Assis Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Vinte e Um de Abril, S/N
San Martin Recife PE CEP: 50761-350
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 5881929
Data local do acidente: [01/01/2019]
Data local do exame: [29/10/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE COM HEDA, TRAUMA DE FACE COM FRATURA COMPLEXA DE MANDIBULA, FRATURA DE ÓRBITA DIREITA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
**Tratamento: OSTEOSINTESE PARA AS FRATURAS DE FACE, SUPORTE CLÍNICO PARA O TCE.
FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, CONSCIENTE E ORIENTADO AO EXAME, SEM DEFICIT COGNITIVO. NÃO APRESENTA BLOQUEIO ARTICULAR DE ATM, COM BOSA ABERTURA DE CAVIDADE ORAL.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim (X) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- | | |
|---|--|
| a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*). | |
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | (X) "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
| b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas. | |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Vitima com discreta hipotrofia muscular do membro superior direito, com resistencia ao exame, afirma não conseguir fechar a mão, com nítida contração muscular a visualização. Há relato de lesão de plexo braquial cerca de 3 meses após a data do trauma, sendo impossível, no meu entender relacionar com o mesmo.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO NEVES
Médico
CRM/PE 17742

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316853/19

Vítima: PAULO DE ASSIS SILVA

CPF: 045.413.554-85

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 01/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO DE ASSIS SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

PAULO DE ASSIS SILVA : 045.413.554-85

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/09/2019
Nome: PAULO DE ASSIS SILVA
CPF: 045.413.554-85

PAULO DE ASSIS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/09/2019
Nome: GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO
CPF: 010.709.184-40

GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0316853/19

Número do Sinistro: 3190529480

Vítima: PAULO DE ASSIS SILVA

CPF: 045.413.554-85

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 01/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: PAULO DE ASSIS SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/10/2019

Nome: PAULO DE ASSIS SILVA

CPF: 045.413.554-85

PAULO DE ASSIS SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/10/2019

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA