
Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190723232 Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
---------------------------	---

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, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190723232 Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, pois o entregue não permite a leitura das informações
---------------------------	--

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, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: EDUARDO MOURA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000001903-8

Conta: 000000511666-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPE da vítima: 606.606.184-07 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDUARDO MOURA DA SILVA 6 - CPE: 606.606.184-07
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA SETENTA 9 - Número: 123 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARQUE CARIBANIBE 12 - Cidade: CANARAGIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54730-970
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 8.764017

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☒ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 1903 CONTA: 05116660 AGÊNCIA: CONTA:

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

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 22/12/15

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190723232
Nome do(a) Examinado(a): Eduardo Moura da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Setenta, 125
Parque Capibaribe São Lourenço da Mata PE CEP: 54720-194
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SEM DOCUMENTO / SE]
Data local do acidente: [08/04/2019]
Data local do exame: [17/02/2020] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO 2º E 4º METACARPO DA MÃO DIREITA MAIS LESÃO STENER DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 08/04/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO 2º E 4º METACARPO DA MÃO DIREITA MAIS LESÃO STENER DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO NÃO CIRÚRGICO PARA FRATURA DO 2º E 4º METACARPO DA MÃO DIREITA COM USO DE IMOBILIZAÇÃO POR 30 DIAS E TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR PARA LESÃO DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL DO TERRITÓRIO DO 2º METACARPO EM SUA BASE EM REGIÃO PRÓXIMO AO CARPO, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DO 1º DEDO LOCAL DE VIA DE ACESSO PARA RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TENDÃO COLATERAL DO DEDO, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO DORSAL E REGIÃO TENAR ENTRE A ARTICULAÇÃO METACARPOFALANGEANA DO 1º DEDO, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DA MÃO ACOMETIDA DEVIDO A MULTIPLAS LESÕES, DOR ARTICULAR EM REGIÃO CARPAL.

Data da Alta: 09/04/2019

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

AO EXAME DA MÃO DIREITA: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL DO TERRITÓRIO DO 2º METACARPO EM SUA BASE EM REGIÃO PRÓXIMO AO CARPO, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DO 1º DEDO LOCAL DE VIA DE ACESSO PARA RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TENDÃO COLATERAL DO DEDO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º, 2º E 3º DEDOS DA MÃO ACOMETIDA EM 30º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO DORSAL E REGIÃO TENAR ENTRE A ARTICULAÇÃO METACARPOFALANGEANA DO 1º DEDO, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA HIPOTENAR, DÉFICIT DE FORÇA DE PRENSÃO PALMAR MODERADA, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DA MÃO ACOMETIDA DEVIDO A MULTIPLAS LESÕES, DOR ARTICULAR EM REGIÃO CARPAL.

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º, 2º E 3º DEDOS DA MÃO ACOMETIDA EM 30º
DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II
ATROFIA DA MUSCULATURA HIPOTENAR
DÉFICIT DE FORÇA DE PRENSÃO PALMAR**

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

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

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

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ () "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes do acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

MÃO - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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


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



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0128001239

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/04/2019** às **09:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **8/4/2019** às **07:05**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 1, AVENIDA MURIBARA, EM FRENTE AO BAR DA PIABA, MURIBARA** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VALTER (AUTOR \ AGENTE)
SILVIO PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
ROBERTO (OUTRO)
CLAUDIO CORDEIRO DE LIMA (OUTRO)
EDUARDO MOURA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALTER
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBERTO

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

EDUARDO MOURA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO Ó MOURA DA SILVA Pai: JOSÉ MOURA DA SILVA Data de Nascimento: 7/6/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 1, R. 70, 125 PQ CAPIBARIBE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

SILVIO PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ROBERTO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CLAUDIO CORDEIRO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

VALTER (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO 1 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SILVIO PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALTER**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGR7370** (PERNAMBUCO/SAO LOURENCO DA MATA) Renavam: **987938240** Chassi: **9BFZF26P098315732**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008**

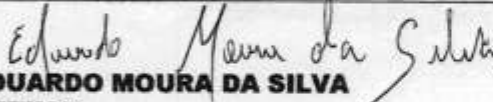
VEÍCULO 2 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO CORDEIRO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLT0902** (PERNAMBUCO/ILHA DE ITAMARACA) Renavam: **823030636** Chassi: **9BWCA05X34T082669**
Ano Fabricação/Modelo: **2004/2004**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO FIESTA, CONDUZIDO POR ROBERTO, QUE O OUTRO VEÍCULO GOL CONDUZIDO POR VALTER, FOI ULTRAPASSAR UM ÔNIBUS E ENTROU NA CONTRAMÃO BATENDO NO VEÍCULO FIESTA, CAUSANDO AVARIAS AMASSÃO NO CAPÔ, PARALAMA LADO ESQUERDO E PARACHOQUE E DANIFICANDO A SUSPENSÃO, QUE EDUARDO SOFREU LESÃO NO PULSO E DEDO DA MÃO DIREITA, QUE FOI SOCORRIDO A UPA DESTA CIDADE, TENDO ALTA MÉDICA NO MESMO DIA. NADA MAIS NO MOMENTO.

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


EDUARDO MOURA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GILBERTO GONÇALVES DE SANTANA** - Matrícula: **3809641**



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 - CPE da vítima: 606.606.184-07 4 - Nome completo da vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

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

5 - Nome completo: EDUARDO MOURA DA SILVA 6 - CPE: 606.606.184-07
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: RUA SETENTA 9 - Número: 123 10 - Complemento:
11 - Bairro: PARQUE CARIBANIBE 12 - Cidade: CANARAGIBE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54730-970
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 8.764017

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: 1903 CONTA: 05116660
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 - O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vel nascor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 22/12/15

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01903-8

CONTA: 000000511666-0

Nr. Autenticação

BRADESCO2702202005000000000023701903000000511666472500 PAGO

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



004583



EDUARDO MOURA DA SILVA
RUA SETENTA, 125
PARQUE CAPIBARIBE
SAO LOURENCO DA MATA - PE
54730.970



5013196987418020000000739330100919

REMETENTE

007512

INSS
AG DA P SOCIAL RECIFE - ENCRUZILHADA
AV MARIO MELO, 343 343
SANTO AMARO
RECIFE - PE
50040.010

33 9.0752 8306

☐ MUDOU-SE

☐ RECUSADO

☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PEI
PORTEIRO/SÍNDICO

☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE

☐ NÃO PROCURADO

☐ OUTROS

☐ NÃO EXISTE O NÚMERO
INDICADO

☐ AUSENTE

☐ DESCONHECIDO

☐ FALECIDO

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

Nº Documento: 20190716217220

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE

MARIA CARMEN DE OLIVEIRA E SILVA

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

INSCRIÇÃO: 096.340.070.0260.000

GRUPO: 6

MATRICULA:

01621722.0

07/2019-3

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

RESIDENCIAL

INTELETO PARA ENTRENA

CONDIÇÃO DA FATURA	SITUAÇÃO DA FATURA	RESIDENCIAL	CONDIÇÃO DE ECONOMIA	RESIDENCIAL	PÚBLICO
LIGADO	LIGADO	1	COMERCIAL	RESIDENCIAL	
CONDIÇÃO DA FATURA	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (M3)		
A16S332116	29/06/2019	29/07/2019	REAL / REAL		
ÁGUA	CONSUMO: 12		ESGOTO	VOLUME: 12	
LEIT. ANT.: 271			LEIT. ANT.:		
LEIT. ATUAL: 283			LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 283			LEIT. FAT.:		

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA/CONSUMO

06/2019	9/ 9	A	
05/2019	8/ 8	A	
04/2019	9/ 9	A	
03/2019	7/ 7	A	
02/2019	7/ 7	A	
01/2019	9/ 9	A	
MÉDIA	8/ 8	A	

PARÂMETROS

PARÂMETROS	NÚMEROS DE AMOSTRAS		
	EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES	ATENDEM A
	MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
TURBIDEZ	119	119	108
COR APARENTE	119	119	118
CORO RESIDUAL	119	119	107
COLIFORMES TOTAIS	119	119	114
E.Coli	119	119	117

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

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

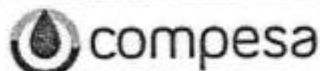
PIS	101,56	1,65	1,68
COFINS	101,56	7,60	7,72

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR: 104,28

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 30/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195

VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação de Pernambuco

0800-2813844

MATRICULA:

01621722.0

07/2019-3

VENCIMENTO: 15/08/2019

TOTAL A PAGAR: 104,28

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

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



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

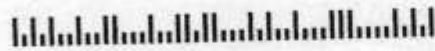
Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



004583



EDUARDO MOURA DA SILVA
RUA SETENTA, 125
PARQUE CAPIBARIBE
SAO LOURENCO DA MATA - PE
54730.970



5013196987418020000000739330100919

REMETENTE

007512

INSS
AG DA P SOCIAL RECIFE - ENCRUZILHADA
AV MARIO MELO, 343 343
SANTO AMARO
RECIFE - PE
50040.010

33 9.0752 8306

- ☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO

- ☐ RECUSADO
☐ NÃO PROCURADO
☐ AUSENTE
☐ FALECIDO

- ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO/SÍNDICO
☐ OUTROS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO



O Seguro DPVAT (Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua Carga e Pessoas Transportadas ou Não) foi criado em 1974, para amparar as vítimas de acidentes com veículos em todo o território nacional, não importando de quem seja a culpa. Conheça via internet de um seguro

Seguro DPVAT - Proteção para todos



Seguradora

LÍDER

Administradora do Seguro DPVAT

EDUARDO MOURA DA SILVA
RUA SETENTA, 125
PARQUE CAPIBARIBE
CEP 54720-194 - SÃO LOURENÇO DA MATA - PE

telefone: (81) 9.8645-4056

www.seguradoralider.com.br

CEP 20.270-971

CAIXA POSTAL 40.970

Seguradora Líder DPVAT

DEVOLUÇÃO

Para uso dos correios

- ☐ Mudou-se
- ☐ Desconhecido
- ☐ Recusado
- ☐ Ausente
- ☐ Não procurado
- ☐ Erro de endereço
- ☐ Não existe o nº indicado
- ☐ Falecido

Data / /

Responsável pela informação

Entregador

- ☐ Morador
- ☐ Sediado
- ☐ Portuário

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 12 04

Entre em contato conosco

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

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Carlos Antonio Mangabeira Ferreira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554,45, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Eduardo Moura da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.606.184,07,
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Eduardo Moura da Silva,
inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.606.184,07, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Av. Tiradentes</u>	Número: <u>366</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Rio doce</u>	Cidade: <u>Olinda</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>53.080.490</u>
E-mail: _____	Tel. (DDD): <u>(81) 81764607</u>	

Local e Data: Olinda 18.12.19



Assinatura do Declarante

Atendimento: 1005604

Data e Hora: 08/04/2019 09:31

Especialidade:

Senha da Classificação:

0084

Paciente: 134334 EDUARDO MOURA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/06/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA DO O MOURA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: - R 70 RICARDO SALAZAR

125

Bairro: MURIBARA

Cidade/UF: SAO LOURENCO DA MATA PE

Cep: 54720210

Usuário Atendimento: GLEYCEKSV

RG (Identidade): 5.611.498

SDS

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 84488894

CRN (Certidão de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 9:35

Queixa Principal

Paciente com dor (D) após acidente de moto,
depois de cair na estrada há 1 horaMembro superior direito
depois

Exame Físico

Exame z+1/4+ com dor forte no membro superior direito (D),
com limitação de movimento de flexão e extensão
do polegar / articulação de base do polegar
com dor e instabilidade. Não há
lesão de outros membros

Hipótese Diagnóstica

Luxação de polegar (D)

Conduta Terapêutica

Rx mão (D) - com fraturas e sem luxações

Paciente: Maria Carmo

Téc. Imobilização Ortopédica

ASTEGO / PE

Mat. 10

Realizada a redução da luxação de polegar.

Prescrito on call 4mg/1ml 10:30

Receita 4mg/1ml on call 4mg/1ml 10:30

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

Dra. Maria Aparecida
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 693

Carimbo/Médico

Usuário Triagem:

ATESTADO

() SIM () DIAS
() NÃO

1005604

UPA - SÃO LOURENÇO
CONFERIDO
Nº DO PEDIDO
ASS. _____Validade de A. Ferreira
Téc. de Enfermagem
CORENPE-060762.893

UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/04/2019 08:58



Nome Paciente: EDUARDO MOURA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/06/1981
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0084
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 08/04/2019 09:27 - 08/04/2019 09:29

ANDREA RODRIGUES DE SOUZA CHAMIE - COREN: 78231 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGENCIA - AMARELO**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: REFERE TER SOFRIDO ACIDENTE , COLISAO CARRO COM CARRO, EDEMA EDEMA E DOR INTENSA EM PUNHO , LUXACAO ?

Observação: NEGA ALERGIA

Fluxograma sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 100.00 MMHG

Acolhido(a) por: ANDREA RODRIGUES DE SOUZA CHAMIE - COREN: 78231 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/04/2019 09:29

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLINICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: M798 - OUTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DOS TECIDOS MOLES

DATA DE INTERNAMENTO: 06/11/2019

DATA DA CIRURGIA: 06/11/2019

DATA DE ALTA: 07/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 13/11/2019

HORÁRIO: 13:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CAIO HENRIQUE PINA DE SOUZA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 7 DE NOVEMBRO DE 2019

MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE
OLIVEIRA

Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLINICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: M798 - OUTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DOS TECIDOS MOLES

DATA DE INTERNAMENTO: 06/11/2019

DATA DA CIRURGIA: 06/11/2019

DATA DE ALTA: 07/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 13/11/2019 **HORÁRIO:** 13:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CAIO HENRIQUE PINA DE SOUZA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 7 DE NOVEMBRO DE 2019

Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE OLIVEIRA

**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APOS MELHORA CLINICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: M798 - OUTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DOS TECIDOS MOLES

DATA DE INTERNAMENTO: 06/11/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 06/11/2019

DATA DE ALTA: 07/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 13/11/2019 **HORÁRIO:** 13:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CAIO HENRIQUE PINA DE SOUZA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 7 DE NOVEMBRO DE 2019

MEDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE
OLIVEIRA

Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

Recomendações Pré-operatório



Dados

Paciente: Eduardo Moreira da Silva Data da cirurgia: 06/11/19
Cirurgia: trat. cir. de deform. lig. + trat. cir. de neoplasia + Tmoplastia
Cirurgião: Dr. Caio Internar dia: 06/11/19 às 08:00 hs
Nº. do RG: _____ Nº. Cartão SUS: _____
Telefone de contato: _____ Município: _____

Recomendações Gerais

- O paciente deverá alimentar-se até às 22:00 horas do dia anterior à cirurgia;
- No dia do internamento trazer apenas material de higiene pessoal e roupas em quantidade suficiente;
- Não é permitida a entrada de lençol, travesseiro e comida;
- Paciente com pendência de exames não terão o procedimento autorizado, traze-los com antecedência de até 15 dias;
- Paciente que necessita de reversa de sangue, deverá trazer 3 comprovantes de doação de sangue.

Coleta do HEMOPE: ☐ Sim ☐ Não

OBS: Trazer RG e Cartão SUS.

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Av. Gen. Manoel Rabelo, 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9888 • www.hmjpe.org

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

PRONTUÁRIO: 776799

SOLICITO:

RADIOGRAFIA DA MAO AP OBLICUO

DR(a): CAIO HENRIQUE PINA DE SOUZA

ASSINATURA

Leonardo Costa
Médico
CRM 24858

RECEITUÁRIO MÉDICO

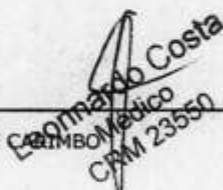
PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

USO ORAL

1. DIPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS

DATA: 07/11/2019

ASSINATURA E CARIMBO


Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

USO ORAL

1. DÍPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS

DATA: 07/11/2019

ASSINATURA E CARIMBO


Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

P/ Eduardo Moura da Silva

Laudo Médico

Paciente sofreu acidente automobilístico há 4 meses com lesão do ligamento colateral ulnar do polegar ainda não diagnosticada por outros colegas. Ao exame físico, apresenta instabilidade crônica da articulação metacarpo falangeana do polegar (Lesão de Stener) que acarreta em dor crônica e incapacidade de utilizar essa mão para o trabalho. Ressalte que o diagnóstico não foi realizado antes pois não foram solicitados os exames corretos (ressonância ou radiografia sob estresse), mas é **SUS** possível afirmar o diagnóstico. **SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** clínico que é soberano.

Av. Gen. Manoel Rabelo- 126 - Centro
Jaboatão dos Guararapes/pe -cep:54160 000
Tel.: (81) 3482.9898 - www.hmjpe.org

Vide verso

Solicito exames pré-operatórios para realizar
a reconstrução ligamentar do ligamento
colateral ulnar do polegar. Acredito que o
prazo de 4 meses será suficiente para o
paciente realizar os exames, a cirurgia e
a reabilitação.

S633 + S634

Dr. Caio Pina
Ortopedia e Cirurgia da Mão
CRM-PE 27.515 / TEOT 16104



SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURI

EC-1

Eduardo Moura da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.611.498 08/10/2012

NOBRE << EDUARDO MOURA DA SILVA >>

ALUGAÇÃO << JOSÉ MOURA DA SILVA >>
<< MARIA DO Ô MOURA DA SILVA >>

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO
CAMARAGIBE - PE 07/06/1981

DOC ORIGEM << 0741120155 2012 2 00053 061
0011172 06 SÃO LOURENÇO DA MATA-PE >>

CPF 038.606.184-07

ASSINATURADO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-52 39.589 - 4423

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA		
	DOC IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR / UF 6466408 SDS PE	
	CPF 012.891.554-45	DATA NASCIMENTO 15/10/1982
	FILIAÇÃO NAO DECLARADO TELMA LUCIA MANGABEIRA FERREIRA	
PERMISSÃO AB		ACC AB
Nº REGISTRO 03938878503	VALIDADE 17/08/2021	1ª HABILITAÇÃO 27/09/2006
OBSERVAÇÕES Exerce Ativ Remunerada		
ASSINATURA DO PORTADOR 		
LOCAL OLINDA - PE	DATA EMISSÃO 22/08/2016	
ASSINATURA DO EMISSOR 		04086869567 PE074467743
DETRAN - PE - PERNAMBUCO		

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1301697147

1301697147

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº **013435749368**

VIA _____ COD. RENAVAL _____ R.N.T.R.C. _____ EXERCÍCIO _____

NOME _____

CPF / CNPJ _____ PLACA _____

PLACA ANT. / UF _____ CHASSI _____

ESPÉCIE TIPO _____ COMBUSTÍVEL _____

MARCA / MODELO _____ ANO FAB. _____ ANO MOD. _____

CAP. / POT. / CIL. _____ CATEGORIA _____ COR PREDOMINANTE _____

COTA ÚNICA _____ VENC. COTA ÚNICA _____ 1ª VENC. / COTAS _____

1ª VENC. / COTAS _____ 2ª VENC. / COTAS _____ 3ª VENC. / COTAS _____

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) _____ IOF (R\$) _____ PRÊMIO TOTAL (R\$) _____ DATA DE PAGAMENTO _____

OBSERVAÇÕES _____

DOCUMENTO DE COTA ÚNICA E COTA ÚNICA _____

LOCAL _____ DATA _____

EXERCÍCIO _____

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013435749368 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA _____ EXERCÍCIO _____ DATA EMISSÃO _____

CPF / CNPJ _____ PLACA _____

RENAVAL _____ MARCA / MODELO _____

ANO FAB. _____ ANO MOD. _____

PRÊMIO TARIFÁRIO _____

FNS (R\$) _____ DENATRAM (R\$) _____ CUSTO DO SEGURO (R\$) _____

CUSTO DO BILHETE (R\$) _____ IOF (R\$) _____ TOTAL SEGURO FIM SEGURO (R\$) _____

PAGAMENTO _____ DATA DE QUITAÇÃO _____

COTA ÚNICA _____ PARCELADO _____

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 08.545.890/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471579/19

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

CPF: 038.606.184-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO MOURA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

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

EDUARDO MOURA DA SILVA : 038.606.184-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 27/12/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima:	Eduardo Pereira da Silva		
Data do Acidente:	08/04/19	CPF da vítima:	038.606.184-07
Portador da documentação:			
Qualificação do Portador:	<input type="checkbox"/> Vítima <input type="checkbox"/> Representante Legal, cujo parentesco com a vítima é:		
Endereço do portador:			
Número:	Complemento:	Bairro:	
Cidade:	UF:	CEP:	Telefone: ()
E-mail:			

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data:	
Identidade:	
Assinatura:	

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

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

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
 - ☐ CPF do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 - ☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
- obs: Representante Legal é quem representa a vítima menor, de 0 a 15 anos. (pais ou tutor)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

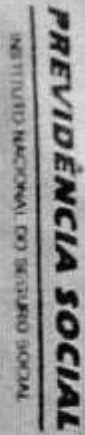
VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

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

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na Legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data:	18/12/19
Nome:	Francisco Silva
Assinatura:	



EDUARDO MOURA DA SILVA
RUA SETENTA 125
PARQUE CAPIBARIBE
SAO LOURENCO DA MATA PE
54730-970



5013196987401020000003443130250118

Telephone:

(81) a. 8176-4047

(81) a. 8645-4056

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723232

Cidade: São Lourenço da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do acidente: 08/04/2019

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º E 4º METACARPO DA MÃO DIREITA MAIS LESÃO STENER DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DA MÃO DIREITA: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL DO TERRITÓRIO DO 2º METACARPO EM SUA BASE EM REGIÃO PRÓXIMO AO CARPO, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DO 1º DEDO LOCAL DE VIA DE ACESSO PARA RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TENDÃO COLATERAL DO DEDO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º, 2º E 3º DEDOS DA MÃO ACOMETIDA EM 30º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO DORSAL E REGIÃO TENAR ENTRE A ARTICULAÇÃO METACARPOFALANGEANA DO 1º DEDO, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA HIPOTENAR, DÉFICIT DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR MODERADA, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DA MÃO ACOMETIDA DEVIDO A MÚLTIPLAS LESÕES, DOR ARTICULAR EM REGIÃO CARPAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MÃO DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723232

Cidade: São Lourenço da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do acidente: 08/04/2019

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º E 4º METACARPO DA MÃO DIREITA MAIS LESÃO STENER DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DA MÃO DIREITA: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL DO TERRITÓRIO DO 2º METACARPO EM SUA BASE EM REGIÃO PRÓXIMO AO CARPO, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DO 1º DEDO LOCAL DE VIA DE ACESSO PARA RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TENDÃO COLATERAL DO DEDO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º, 2º E 3º DEDOS DA MÃO ACOMETIDA EM 30º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO DORSAL E REGIÃO TENAR ENTRE A ARTICULAÇÃO METACARPOFALANGEANA DO 1º DEDO, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA HIPOTENAR, DÉFICIT DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR MODERADA, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DA MÃO ACOMETIDA DEVIDO A MÚLTIPLAS LESÕES, DOR ARTICULAR EM REGIÃO CARPAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MÃO DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/02/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723232 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 10.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723232 **Cidade:** São Lourenço da Mata **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 10.

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 leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Eduardo Moura da Silva

RG / CNH / TPS: 5.611.498, **CPF** 038.606.184-07

End: Rua Getanta, 125, Parque Capibaribe, São Lourenço da Mata, PE

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA

RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE **CPF:** 012.891.554-45

End: AV. TIRADENTES Nº 366, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que configura como vítima:

Eduardo Moura da Silva

CPF: 038.606.184-07

São Lourenço da Mata, 14 de Novembro de 2019



Eduardo Moura da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Dez de Janeiro, 358 - Centro
(01) 3519-0217 - serventianotarial@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:

(1) Eduardo Moura da Silva, São Lourenço da Mata,
14/11/2019, 08:49, DOU PE, Anna Gabriella Farinha de
Medeiros - Substituta, Ao Cartório: R\$ 3,35 - TSNR:
R\$ 0,60 - FERC: R\$ 0,40 - FERN: R\$ 0,04 - FUNSEG: R\$
0,08 - ISS: R\$ 0,20 - Total: R\$ 4,91. Seio(s):
0159483.00W11201901.00795

Consulte a autenticidade em: www.tpej.us.br/validador

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471579/19

Número do Sinistro: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

CPF: 038.606.184-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO MOURA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

EDUARDO MOURA DA SILVA : 038.606.184-07

Comprovante de residência

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: 29/01/2020

Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471579/19

Número do Sinistro: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

CPF: 038.606.184-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO MOURA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 06/02/2020

Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/02/2020

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471579/19

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

CPF: 038.606.184-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO MOURA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

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

EDUARDO MOURA DA SILVA : 038.606.184-07

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 27/12/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471579/19

Número do Sinistro: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

CPF: 038.606.184-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO MOURA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

EDUARDO MOURA DA SILVA : 038.606.184-07

Comprovante de residência

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: 22/01/2020

Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020

Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA

CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA