
Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200300830

Vítima: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 19/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALDIR MARTINS DOS SANTOS

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

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: 264.499.194-34 4 - Nome completo da vítima: Valdir Martins dos Santos

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

5 - Nome completo: Valdir Martins dos Santos 6 - CPF: 264.499.194-34
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Tupiassara 9 - Número: 97 10 - Complemento: Casa A
11 - Bairro: San Martin 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50761-610
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98801-5060

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) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00011613 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vel nascido)? ☐ 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 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 15 de julho de 2015
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**CHOVENDO, NO MOMENTO DO ACIDENTE. FORA SOCORRIDO POR FAMILIARES E CONDUZIDO PARA UP-
IMBIRIBEIRA. O QUEIXOSO TEVE FRATURA NA CLAVICULA, SENDO LIBERADO DO ATENDIMENTO HOSPITALAR DE
EMERGENCIA NA MESMA DATA, CONFORME APRESENTA EM DOCUMENTO. NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO
POLICIAL.**

Valdir Martins do Santos
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

B.O. registrado por: **PETRONILA DE V. MACHADO BOTELHO NETA - MT 208435-0 - Matrícula: 208435-0**

(Liberado em **14/07/2020** às **11:25**)

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: 264.499.194-34 4 - Nome completo da vítima: Valdir Martins dos Santos

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

5 - Nome completo: Valdir Martins dos Santos 6 - CPF: 264.499.194-34
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Tupiassara 9 - Número: 97 10 - Complemento: Casa A
11 - Bairro: San Martin 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50761-610
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 98801-5060

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) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00011613 4 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 (vel nascido)? ☐ 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 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 15 de julho de 2015
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Valdir Martins dos Santos

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00048

CONTA: 000000011613-4

Nr. da Autenticação B6C28AA07F316CCF



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA DA AURORA - NUM. - 00347 - SANTO AMARO RECIFE
PE 50050-000

DADOS DO CLIENTE MATRICULA: 57887346 Fev/2020
VALDIR MARTINS DOS SANTOS
R JUPIACARA, N. 97 - CS-A - SAN MARTIN RECIFE, PE 50761-610
INSCRIÇÃO: 347.515.315.0162.002 GRUPO: 15 DEB. AUTOMÁTICO: 057887346

INSCRIÇÃO: 347.13.313-10000000				
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE CONDIÇÕES COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO Y10N123458	DATA LEIT. ANTERIOR 08/02/2020	DATA LEIT. ATUAL 10/03/2020	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / MIN FIXAD	
ÁGUA: LEIT ANT: 521 CONSUMO: 0 LEIT ATU: 521 LEIT FAT: 521 MD PAR CONS		ESGOTO: LEIT ANT: VOLUME: 10 LEIT ATU: LEIT FAT: CONS MIN FIX		

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO	MD PAR CONS
01/2020	00	/10
12/2019	00	/10
11/2019	00	/10
10/2019	00	/10
09/2019	00	/10
08/2019	00	/10
MEDIA:	00	/10

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	124	124	122
COR APARENTE	124	124	118
CLORO RESIDUAL	124	124	124
COLIF. TOTAIS	124	124	124
E. COLI	124	124	124

MEDIA: 00 /10 Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	0 M3	44,08
ESGOTO RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ESGOTO	10 M3	17,63
MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020		1,24
JUROS DE HORA 11/2019 12/2019		0,70

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
IB	61,71	1,65	1,02
ICPMS	61,71	7,60	4,69

VENCIMENTO: 20/03/2020 TOTAL A PAGAR: 63,65

MENSAGEM:

IDENTIFIQUEMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 63,27. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGATIVAÇÃO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

**MARIO**

CHEGOU SUA FATURA DA OI.
Acesse www.oi.com.br/MinhaOi

FATURA DE
JUL/2019
CÓDIGO MINHA OI
401737543654

VENCIMENTO
02/08/2019
Emissão em 15/07/2019
Período de 13/06/2019 a 13/07/2019

PAGAR (R\$)
184,18



CTC RECIFE PE PL1
MARIO PEDRO DOS SANTOS
RUA DR ADELINO FILHO 408
ESTANCIA
50781-025 - RECIFE - PE



7200039896 00000 00000000000 10 150719

PRECISA DE AJUDA?
FALE COM A JOICE
PELO WHATSAPP.

A Joice é a inteligência artificial da Oi. Ela está 24h por dia disponível pra ajudar você. Precisa da sua conta ou de um suporte técnico? Peça pra ela.



Fale pelo WhatsApp 31 3131-3131.

SERVIÇOS UTILIZADOS**OI MAIS****119,85****OI MÓVEL**

+ Serviços Adicionais

59,70**MARIO PEDRO DOS SANTOS**

CPF: 089.767.854-01

NÚMERO DO CLIENTE: 2210754413

NÚMERO DA FATURA: 219159434

Nº PARA DÉBITO AUTOMÁTICO: 401737543654

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Anderson Lucena de Oliveira Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.252.874-32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valdir Martins dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 264.499.394-34

do sinistro de DPVAT cobertura unualidez da Vítima Valdir Martins dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 264.499.394-34, 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>Rua Doutor Voldeir Filho</u>	Número: <u>408</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Estância</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>5481-025</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 20 de julho de 2015

Anderson Lucena de Oliveira Junior

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Anderson Lucena de Oliveira Junior

inscrito (a) no CPF/CNPJ 704.252.874-32, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Valdir Martins dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 264.499.394-34

do sinistro de DPVAT cobertura unualidez da Vítima Valdir Martins dos Santos

inscrito (a) no CPF sob o Nº 264.499.394-34, 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>Rua Doutor Voldeir Filho</u>	Número: <u>408</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Estância</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>5481-025</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 98529-6651</u>

Local e Data: Recife, 20 de julho de 2015

Anderson Lucena de Oliveira Junior

Assinatura do Declarante

Queixa Principal / História

DOR EM OMBRO ESQ APOS QUEDA DE MOTO HA 01H

SOLICITO RX

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			19	87		0		

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 19-05-2020 22:06

Nome Paciente:	VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Cód. Paciente:	502646
Data de Nascimento:	03/07/1961
Sexo:	Masculino
Idade:	59
Senha:	A0045
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1351380 
SAME:	

Período: 19-05-2020 22:10 - 19-05-2020 22:11

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS - A

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO E DOR EM MMII

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 87.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 19.00 IRPM
- GLICEMIA CAPILAR (HGT): 0.00 MG/DL
- TEMPERATURA(C): 0.00 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS	- A

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Acolhido(a) por: JULIANA GABRIELA XAVIER DE OLIVEIRA - COREN: 5541 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06-07-2020 08:16

Médico..... BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TIPOIA M	1					[19/05] 22:28
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				

Prescrição.: 1913118 Data: 19/05/2020 22:29
Usuário..... BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio..... SUS - AMBULATORIO
Paciente.....: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) Int
Médico.....: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 CURATIVO ADULTO					Agora	

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Prescrição.: 1913113 Data: 19/05/2020 22:18
Usuário.: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int
Médico.: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P./ PERFIL / AXIAL ; Exame: 343914	1					19/05] 22:18

Prescrição.: 1913116 Data: 19/05/2020 22:27
Usuário.: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int
Médico.: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DAPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML -> ESCALPE N. 21 -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL -> AGUA BIDEUTILADA SOL.INJ. 10ML -> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1 1 1 1 1	AMP UN UN AMP UN		IV	Agora	19/05] 22:27
2 TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML -> ESCALPE N. 21 -> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM -> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL -> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1 1 1 1 1 1	AMP UN FA C/100ML UN UN UN		IV	Agora	19/05] 22:27

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Medico

Prescrição.: 1913117 Data: 19/05/2020 22:28
Usuário.: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int

DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1351380 Prontuário: 592646 Data do atendimento: 19/05/2020 22:15:00
Paciente: VALDIR MARTINS DOS SANTOS Idade: 59 anos e 0 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Data de Nascimento: 03/07/1961
Médico(a) Assistente / CRM: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO / CRM - null - 23950
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 19/05/2020

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 19/05/2020 22:48:39

IDENTIFICAÇÃO

NOME: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

IDADE: 59 Anos

RG: 1873903

PESO:

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 03/07/1961

PRESTADOR ASSISTENTE: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO

DATA DE ATENDIMENTO: 19/05/2020 22:15:21

ATENDIMENTO: 1351380

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 0 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S420 - FRAT DA CLAVICULA

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: RX: FRAT DA CLAVICULA ESQ, NAO DESVIADA, MEMBRO NAO DOMINANTE
OPTADO PELO TTO CONSERVADOR
TIPOIA + ANALGESIA
ATT 30 DIAS
ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Drª. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

UPA24H - UPA IMBIBREIRA
Data: 18/05/2020 Registro: 592600
Nome: VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Prestador: ILANRO DE OLIVEIRA PEREIRA
Exame: RX ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL



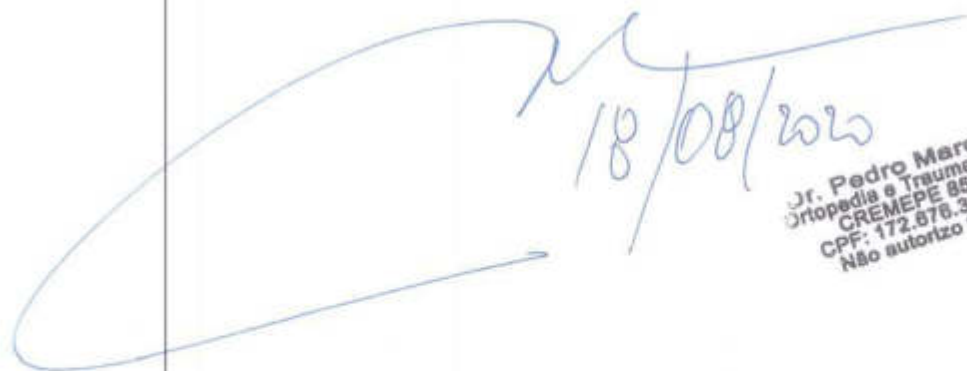
Leandro Wilson P/ DPVAT
Paciente vindo de um acidente de trânsito, vítima de acidente de trânsito em 19/05/2020.

Após fratura da clavícula esquerda, foi tratado cirurgicamente com medicação + antiplaquetário + analgésicos

O mesmo volta com sequelas em

- Deformação anômala dos membros de nádega da perna da.
- Limites dos membros
- Deformação anômala

Alto nível de deformação



Dr. Pedro Marques
Ortopedia e Traumatologia
CREMEPE 8594
CPF: 172.876.334-04
Não autorizo troca

Queixa Principal / História

DOR EM OMBRO ESQ APOS QUEDA DE MOTO HA 01H

SOLICITO RX

Antecedentes

DM: ☐ SIM ☒ NÃO

HAS: ☐ SIM ☒ NÃO

Alergia: ☐ SIM ☒ NÃO

Medicamentos: ☐ SIM ☒ NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Acianótico	Anictérico
Eupnéico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AR.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AD.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

SN.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADO

SGU.: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

ORL: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

Pele: ☒ NÃO EXAMINADO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA

AP. Locomotor: ☐ EDEMA ☐ DOR A MOVIMENTAÇÃO ☐ EQUIMOSE ☐ HEMATOMA ☐ DEFORMIDADE ÓSSEA

OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
			19	87		0		

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

UPA24H - UPA IMBIRIBEIRA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 19-05-2020 22:06

Nome Paciente:	VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Cód. Paciente:	502646
Data de Nascimento:	03/07/1961
Sexo:	Masculino
Idade:	59
Senha:	A0045
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	1351380 
SAME:	

Período: 19-05-2020 22:10 - 19-05-2020 22:11

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Alergia(s): - NEGA ALERGIAS - A

Queixa Principal: RELATO DE TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO E DOR EM MMII

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW: 15
- REGUA DE DOR: 5
- FREQUENCIA CARDIACA: 87.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 19.00 IRPM
- GLICEMIA CAPILAR (HGT): 0.00 MG/DL
- TEMPERATURA(C): 0.00 C°

Alergias Atuais do Paciente

Substância	Observação
- NEGA ALERGIAS	- A

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Acolhido(a) por: JULIANA GABRIELA XAVIER DE OLIVEIRA - COREN: 5541 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 06-07-2020 08:16

Médico..... BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS MEDICOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
2 TIPOIA M	1					[19/05] 22:28
-> ATADURA CREPE 20CM X 4,5M 11FIOS	2	UN				

Prescrição.: 1913118 Data: 19/05/2020 22:29
Usuário..... BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio..... SUS - AMBULATORIO
Paciente.....: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.....: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) Int
Médico.....: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.....: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo...: /
Diagnóstico:
Protocolo...:
Classificação de Risco:URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco:URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
3 CURATIVO ADULTO					Agora	

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

Prescrição.: 1913113 Data: 19/05/2020 22:18
Usuário.: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int
Médico.: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO DE PROC EXAMES

EXAMES IMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX ARTICULAÇÃO ESCAPULO-UMERAL ESQUERDA A.P./ PERFIL / AXIAL ; Exame: 343914	1					19/05] 22:18

Prescrição.: 1913116 Data: 19/05/2020 22:27
Usuário.: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int
Médico.: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO - CRM 23950
FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Unid. Int.: Leito.: Cobertura:
Cid.: S420 FRAT DA CLAVICULA Ciclo.: /
Diagnóstico:
Protocolo.:
Classificação de Risco: URG

Rubrica do Responsável



Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: NEGA ALERGIAS

PRESCRIÇÃO MEDICA

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 DAPIRONA SODICA SOL.INJ. 1G - 2ML -> ESCALPE N. 21 -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL -> AGUA BIDEUTILADA SOL.INJ. 10ML -> SERINGA DESCARTAVEL 10 CC S/ AGULHA	1	AMP		IV	Agora	19/05] 22:27
2 TRAMADOL CLORIDRATO SOL.INJ. 100MG/2ML -> ESCALPE N. 21 -> CLORETO DE SODIO SOL.INJ. 0,9%-100ML (FRESENIUS/BAXTER/BBRUM -> EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL -> SERINGA DESCARTAVEL 3CC S/ AGULHA -> AGULHA 25X7 DESCARTAVEL	1	AMP		IV	Agora	19/05] 22:27

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Medico

Prescrição.: 1913117 Data: 19/05/2020 22:28
Usuário.: BERNARDOBS
Atendimento: 1351380 Dt Nasc: 03/07/1961 (59a 0m 4d)
Convênio.: SUS - AMBULATORIO
Paciente.: 592646 - VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Peso.: Altura: Sup. Corporea:
Internação.: 19/05/2020 22:15 0 Dias(s) int

DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1351380 Prontuário: 592646 Data do atendimento: 19/05/2020 22:15:00
Paciente: VALDIR MARTINS DOS SANTOS Idade: 59 anos e 0 meses
Convênio: SUS - AMBULATORIO Plano: PLANO UNICO Data de Nascimento: 03/07/1961
Médico(a) Assistente / CRM: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO / CRM - null - 23950
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 19/05/2020

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA:

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS:

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Dr. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 19/05/2020 22:48:39

IDENTIFICAÇÃO

NOME: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

IDADE: 59 Anos

RG: 1873903

PESO:

SEXO: MASCULINO

ALTURA:

Data de Nascimento: 03/07/1961

PRESTADOR ASSISTENTE: BERNARDO BARBOSA SAMPAIO

DATA DE ATENDIMENTO: 19/05/2020 22:15:21

ATENDIMENTO: 1351380

TEMPO DE PERMANÊNCIA: 0 Hora(s)

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S400 - CONTUSAO DO OMBRO E DO BRACO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S420 - FRAT DA CLAVICULA

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS MEDICAMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:

OBSERVAÇÃO DE ALTA: RX: FRAT DA CLAVICULA ESQ, NAO DESVIADA, MEMBRO NAO DOMINANTE
OPTADO PELO TTO CONSERVADOR
TIPOIA + ANALGESIA
ATT 30 DIAS
ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL

IPAS
UPA - IMBIRIBEIRA
Drª. Fabiana Emerenciano
CRM 17.173
Coord. Médico

UPA24H - UPA IMBIBREIRA
Data: 18/05/2020 Registro: 592600
Nome: VALDIR MARTINS DOS SANTOS
Prestador: ILANRO DE OLIVEIRA PEREIRA
Exame: RX ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 016378850756
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 DDD-RENAVAM 936849380 RNTTC ***** EXERCÍCIO 2020

NOME

VALDIR MARTINS DOS SANTOS

RECIFE-PE

CPF / CNPJ

PLACA

264.499.194-34

KLC6050

PLACA ANT. / UF

CHASSI

KLC6350/P/PE

9C2MC35008R013045

ESPECIE TIPO

COMBUSTÍVEL

PAS / MOTOCICLISTA

GASOLINA

MARCA / MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA/CBX 250 TWISTER

2007

2008

CAP. POT. / CL

CATEGORIA

COR PREDOMINANTE

2P/249CL

PARTIC

AMARELA

COTA ÚNICA

VENIC. COTA ÚNICA

VENIC. COTAS

IPVA 2020 QUITADO

1* *****

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2* *****

3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

8.10

SEGURO OBRIGATORIO

0.05

12.30

27/02/20

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA DE PORTE OBRIGATORIO
NÃO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

RECIFE

LOCAL

DATA

Roberto Carlos Moreira Pontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

PE Nº 016378850756 BILHETE DE SEGURO DPVAT

VALDIR MARTINS DOS SANTOS

RUA JUPIACARA 97

50761-611

CASA SAN MARTIN RECIFE-PE

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

EXERCÍCIO

DATA EMISSÃO

2020

30/06/20

VIA

CPF / CNPJ

PLACA

1

264.499.194-34

KLC6050

RENAVAM

MARCA / MODELO

936849380

HONDA/CBX 250 TWISTER

ANO FAB.

CAT. TAXA

Nº CHASSI

2007

09

9C2MC35008R013045

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

3.65

0.41

4.05

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGUE SEGURO (R\$)

4.15

0.05

12.30

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

☒ COTA ÚNICA

☐ PARCELADO

27/02/20

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA _____

DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA _____

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARARENTESCO COM A VÍTIMA 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 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 AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA 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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 VÍTIMA 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 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 (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 VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL, COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM 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 VÍTIMA 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, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

IDENTIDADE _____

ASSINATURA *Anderson Luciano de**Assure Junior*

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIARIO/VITIMA:			
Nome:	Valdir martins dos Santos		
Nacionalidade:	Brasileira	Est. Civil:	casado
Profissão:	motorista		
Identidade:	1.873.903 SSP/PE	CPF:	264.499.194-34
Endereço:	Rua duplata N. 97A, San martin - Recife - PE		
Cobertura:	invalidiz	Data do Acidente:	19/05/2020

PROCURADOR:			
Nome:	ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR		
Nacionalidade:	BRASILEIRA	Est.Civil:	SOLTEIRO
Profissão:	AUX. ADMINISTRATIVO		
Identidade:	8.171.555 SDS/PE	CPF:	704.252.874-32
Endereço:	RUA DR ADELINO FILHO 408 ESTÂNCIA RECIFE/PE		

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, podendo o mesmo representar-me perante a Seguradora Líder dos Consórcios DPVAT, bem como perante qualquer seguradora que faz parte do Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincors e Corretores), para fim específico de dar entrada no meu seguro DPVAT, podendo para tanto, assinar aviso de sinistro, prestar declarações, solicitar e retirar documentos médicos em hospitais e outros documentos para fins de Dpvat.

Recife, 15 de julho de 2020
Local e data


Assinatura do Beneficiário/Vítima
(reconhecer firma por autenticidade)

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0235946/20

Vítima: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 264.499.194-34

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 19/05/2020

Titular do CPF: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

VALDIR MARTINS DOS SANTOS : 264.499.194-34

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: 21/08/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205335/20

Vítima: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

CPF: 264.499.194-34

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 19/05/2020

Titular do CPF: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR : 704.252.874-32

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

VALDIR MARTINS DOS SANTOS : 264.499.194-34

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: 22/07/2020
Nome: ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR
CPF: 704.252.874-32

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/07/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

ANDERSON LUCENA DE OLIVEIRA JUNIOR

RAIANNE SILVA BARBOSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200300830

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: VALDIR MARTINS DOS SANTOS

Data do acidente: 19/05/2020

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura da clavícula esquerda. Contusão do ombro esquerdo.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 90°, extensão aos 25°, abdução aos 100°, adução aos 25°, rotação medial aos 50°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofias no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

Resultados terapêuticos: Vítima admitida em unidade hospitalar com relato álgico em ombro esquerdo, com contusão em ombro esquerdo, ao ser encaminhada para avaliação radiológica, diagnosticada fratura da clavícula esquerda, sendo realizado tratamento conservador com imobilização tipo 8 e analgesia, com alta hospitalar. Realizou fisioterapia com alta há cerca de 20 dias. Atualmente apresentando sinais de consolidação viciosa da fratura da clavícula esquerda.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do ombro esquerdo em grau severo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 03/09/2020

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 completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**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: 3200300830

Nome do(a) Examinado(a): VALDIR MARTINS DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): RUA JUPIACARA, 97, CASA A, Recife/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP-PE / 1873903

Data e local do acidente: 19/05/2020 - Recife/PE

Data e local do exame: 03/09/2020 - /PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura da clavícula esquerda. Contusão do ombro esquerdo.

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

imobilização tipo 8, fisioterapia. Alta há cerca de 20 dias.

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

Ao exame físico do ombro esquerdo apresenta flexão aos 90°, extensão aos 25°, abdução aos 100°, adução aos 25°, rotação medial aos 50°, rotação lateral aos 50°, ausência de atrofia no segmento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória inexistente, sem amputação. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no ombro esquerdo.

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

Sim

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

Sim

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

limitação grave de ombro esquerdo, com consolidação viciosa da fratura.

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 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"

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

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

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



Leonardo Neri
Médico
CRM/SP 17143