



Número: **0011563-98.2019.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **1ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**

Última distribuição : **17/12/2019**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
WERCLEI PEREIRA DA SILVA (AUTOR)		IONE NADJA GONCALVES DE OLIVEIRA (ADVOGADO) PAULO HENRIQUE LIMA LEMOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
72266 921	09/12/2020 15:39	Perícia médica	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190610251

Vítima: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WERCLEI PEREIRA 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,

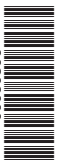
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15039087

Pag. 01617/01618 - carta_01 - INVALIDEZ

00030809





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

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190610251

Vítima: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 07/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WERCLEI PEREIRA 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\$ 1.012,50

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: **WERCLEI PEREIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.012,50**

Banco: **104**

Agência: **000002991**

Conta: **000986176301-0**

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: ☐ DAA (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF do veículo: 054774014-00 4 - Nome completo da vítima: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPRE Nº 446/2012

5 - Nome completo: WERCLEI PEREIRA DA SILVA 6 - CPF: 054774014-00

7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: RUA PEREIRA 9 - Número: 60 10 - Complemento:

11 - Bairro: NOVA LAGOA GRANDE 12 - Cidade: LAGOA GRANDE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56395-000

15 - E-mail: 16 - Telefone: (81) 995024368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CUNHADO) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 8 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: ☐ RECLUSO INFORMAN ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICÁRIO DA AGÊNCIA-CR ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICÁRIO DA AGÊNCIA-CR (PAI, CUNHADO, TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (comente para os bancos estaduais. Anote a opção) ☐ CONTA CORRENTE (deve ser bancária)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2991 CONTA: 986176101 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 até a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PRESENCIAMENTO 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 a 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 do 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 discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÔNICO BENEFICIÁRIO - PRESENCIAMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil: ☐ Solteiro ☐ Casado (V.O.U.) ☐ Divorçado ☐ Viúvo ☐ Outro ☐ Não sabe 24 - Número de filhos: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima possui companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima possui companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar vivos: falecidos: 30 - Vítima possui irmãos? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima tem irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar vivos: falecidos: 33 - Vítima possui pais/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 habilitado

35 - Nome legível de quem assina o pedido (e rogo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (e rogo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (e rogo):

38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Petrolina 25 DE OUTUBRO DE 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

FPS.001 V002/2019

Scanned with CamScanner





Scanned with CamScanner



**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: 3190610251
Nome do(a) Examinado(a): Werclei Pereira da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Benitaka, 60
Nova Lagoa Grande Lagoa Grande PE CEP: 56395-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / BA] 1297961234
Data local do acidente: [07/08/2019]
Data local do exame: [07/11/2019] Petrolina [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DOS 20, 30 E 40 METATARSOS DO PE DIREITO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO DOS 2 3 4 METATARSIANOS COM SINTESE OSSEA.
Complicações: NENHUMA
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
CICATRIZES COM BOM ASPECTO
EDEMA RESIDUAL NO PE DIREITO.
DEFICIT LEVE NA FLEXÃO DOS 2 3 4 PODODACTILOS DIREITOS
- IV. Nexo de causalidade: 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:
DEFICIT FUNCIONAL LEVE AOS 20, 30 E 40 PODODACTILOS DO PE DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
2º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
3º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
4º DEDO DO PÉ - Lado Direito
% do dano: () 10% residual (X) 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. Marcelo Colimbe
Ortopedia - Traumatologia
Ongem de Colimbe
CRM: 12345





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 215ª CIRCUNSCRIÇÃO - LAGOA GRANDE -
DP215ªCIRC DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0305000720

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 02/10/2019 às
10:48

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 7/8/2019 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, 1, AVENIDA
NILO GOELHO - CENTRO - Bairro: CENTRO - LAGOA
GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A DEFINIR (AUTOR AGENTE)
CIONALDO DA SILVA RIBEIRO (OUTRO)
FRANCISCO ANTÔNIO DE SOUZA (TESTEMUNHA)
JOSENILTON FERREIRA SOBRAL (TESTEMUNHA)
WERCLEI PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Produto de crime contra o patrimônio), que estava em posse do(s)
Sr(a): WERCLEI PEREIRA DA SILVA

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

WERCLEI PEREIRA DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mês:
JOSEFA MARIA DE SANTANA SILVA Pai: ELIAS PEREIRA DA SILVA Data de Nascimento:
2/8/1981 Naturalidade: JUAZEIRO / BAHIA / BRASIL Documentos: 1297861234/SP/BA (RG),
85477481488 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 82197298

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, 60, RUA BENETAKA - MORADA
NOVA - CEP: 9 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**A DEFINIR (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

FRANCISCO ANTÔNIO DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:
CASADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones
Celulares:
- 86586887

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, 80, RUA C - MORADA NOVA - CEP:
8 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

Scanned with CamScanner



JOSENILTON FERREIRA SOBRAL (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado CNR:
CASADO(A) Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones
 Celulares:
 - 96474332

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, 26, RUA CABERNET - MORADA NOVA - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

CIONALDO DA SILVA RIBEIRO (não presente no plantão) - Sexo:
Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
87251104459 (CPF) Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão:
AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
 - 81895764

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE LAGOA GRANDE, 26, RUA OZANA GOMES DE BARROS - CRISTO REI - CEP: 8 - Bairro: CENTRO - LAGOA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTO PLACA KKM2652 (VEICULO) de propriedade do(e) Sr(a): **CIONALDO DA SILVA RIBEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WERCLEI PEREIRA DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/OUTRO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **NÃO**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKM2652 (PERNAMBUCO/LAGOA GRANDE)** Renavam: **150226592** Chassi:
LEANE104100004423
 Ano Fabricação/Modelo: **2005/2006**
 Descrição: **MOTO PLACA KKM2652**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO SOFRIDO QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA DA OCORRÊNCIA, QUE, INCLUSIVE, SE ACHA LICENCIADA PARA TERCEIRA PESSOA. RELATA QUE TRANSITAVA PELA AVENIDA NILO CORELHO, CENTRO DESTE MUNICÍPIO DE LAGOA GRANDE, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO AUTOMOTOR, CAINDO NO MEIO DA VIA. RELATA QUE EM RAZÃO DA QUEDA, LESIONOU O PÉ DIREITO, TENDO O DIAGNÓSTICO DE FRATURA 92, 93 E 94 METATARSO DE PÉ DIREITO, SID 892, SENDO SUBMETIDO A CIRURGIA PARA LIMPEZA E FIXAÇÃO COM FIO K, CONFORME INFORMAÇÕES MÉDICAS DO ORTOPEDISTA / TRAUMATOLOGISTA DR FÁBIO AMORIM - CRMPE 10521 / CRMBA 23216, DATADAS DE 11.08.2019. RELATA QUE FOI INICIALMENTE ATENDIDO EM 07.08.2019, RECEBENDO OS PRIMEIROS SOCORROS NO HOSPITAL DE ENSINO SUPERIOR DE WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS, SITO NO MUNICÍPIO DE PETROLINA, ONDE, ALIÁS, FOI CIRURGIADO E ONDE PERMANECERU INTERNADO POR QUATRO DIAS.

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

X *Werclei Pereira da Silva*
WERCLEI PEREIRA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Emmanuel Roberto de Araujo Filho* MAT. 221.681-2 -
 Matrícula: 221681-2



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DIAM (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:
054774014-00

4 - Nome completo da vítima:
WERCLEI PEREIRA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RAZÃO DE RENDA MENTAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUPRE Nº 448/2012

5 - Nome completo:

WERCLEI PEREIRA DA SILVA

6 - CPF:
054774014-00

7 - Profissão:

AGRICULTOR

8 - Endereço:

RUA BERNARDO

9 - Número:

60

10 - Complemento:

11 - Bairro:

NOVA LAGOA GRANDE

12 - Cidade:

LAGOA GRANDE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56395-000

15 - E-mail:

16 - IN (0001):
80995024368

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR E/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:

☐ RECLUIR INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.000,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ GERAL (OUTRA INDICAÇÃO)

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO MENOR (PAI, TUTOR, CURADOR, TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2991

CONTA:

986176701

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 resgatado.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA CORREÇÃO 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda 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 da sua conclusão.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (Vivo)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Grau de Parentesco com a vítima:

☐ Sim

☐ Não

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

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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou herdeiros?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

☐ 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 resgatado, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Imprimir e digitalizar a cópia do documento

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 25 DE OUTUBRO DE 2019

Wercle Pereira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante (se houver)

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

Scanned with CamScanner



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:	22/11/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.012,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

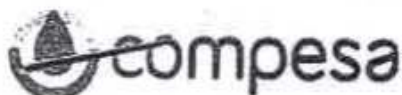
BANCO: 104

AGÊNCIA: 02991

CONTA: 000986176301-0

Nr. da Autenticação 2B0531A1EC7A8086





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

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - NUM. - 00070 - CENTRO PETROLINA
PE 56304-440

DADOS DO CLIENTE		MATRÍCULA: 18660814 Mai/2019		
SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA		R DA CANAFISTULA, N. 00225 - - AREIA BRANCA PETROLINA PE 5633		
0-035		INSCRIÇÃO: 111.860.339.0010.980 GRUPO: 18 DEB. AUTOMATICO: 018660814		
SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA	
HIDRÔMETRO A11U157642	DATA LEIT. ANTERIOR 14/05/2019	DATA LEIT. ATUAL 13/06/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL / N MEDIDO	
ÁGUA: LEIT ANT: 2527 CONSUMO: 37 LEIT ATU: 2564 LEIT FAT: 2564		ESGOTO: LEIT ANT: VOLUME: 37 LEIT ATU: LEIT FAT:		
HISTORICO DE CONSUMO				
REFERENCIA CONSUMO		PARAMETROS		
		NUMERO DE AMOSTRAS		
		EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
04/2019	27 /27	TURBIDEZ	130	128
03/2019	36 /36	COR APARENTE	130	125
02/2019	32 /32	CLORO RESIDUAL	130	130
01/2019	25 /25	COLIF. TOTAIS	130	125
12/2018	33 /33	E. COLI	130	130
11/2018	29 /29			
MEDIA:	30 /30	Qualidade de Água: www.compesa.com.br		
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS (2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITARIAS DA ÁGUA (3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA				
DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS		CONSUMO	TOTAL(R\$)	
ÁGUA				
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)				
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE		10 M3	41,30	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3		10 M3	47,40	
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3		10 M3	56,30	
31 M3 A 50 M3 - R\$ 7,75 POR M3		7 M3	54,25	

Scanned with CamScanner





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/BIBLIOTECABEB/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 THIAGO ANDRÉ MANGABEIRA DE CARVALHO
Inscrito (a) no CPF/CNPJ 079.529.654, 17 na qualidade de Procurador (x) / Intermediário (a) do Beneficiário
WERCLEI PEREIRA DA SILVA Inscrito (x) no CPF sob o Nº 054774014, 00
do sinistro de DPVAT cobertura WVANDERZ da Vítima WERCLEI PEREIRA DA SILVA
inscrito (a) no CPF sob o Nº 054774014, 00 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 CARATESTO</u>	Número: <u>226</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>ARMA BRANCA</u>	Cidade: <u>PETROLINA</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>56330-035</u>	Tel (DDD) <u>995024368</u>

Local e Data: PETROLINA, 25 DE OUTUBRO DE 2019

Thiago André Mangabeira de Carvalho

Assinatura do Declarante

DLDR001 V001/2017

Scanned with CamScanner



Ficha de Atendimento - Emergência Not. Att

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51538692
Paciente: WERCLEI PEREIRA DA SILVA
Mãe: JOSEFA MARIA DE SANTANA SILVA
Endereço: RUA 11, nº 0 - VILA MARCELA / PETROLINA (PE)
CNS: 700605982094764 Doc. Identificação:
Telefone: (87) 98197290 Nasc.: 02/06/1981 Idade: 38

HM: 18:40

ANAMNESE DO MÉDICO

Paciente internado de acidente de moto
com lesões e edemas no PO der.
G2 O RX PO der - P / obliqua
RX Tórax der - P / obliqua
part.

Dr. Paulo Amorim
Ortopedia e Traumatologia
CRM BA 23.216
SBO: 14.162

Alto Fístula Fenda 2,3: 0,42 Metatarsal PO der

G2 O RX Tórax der - P / obliqua

② P. F. F. F.

Dr. Paulo Amorim
Ortopedia e Traumatologia
CRM BA 23.216
SBO: 14.162

Milena dos Santos
Assistente Administrativo
CRM BA 23.216
SBO: 14.162

HU UNVASF
26 09 20

Ass. Paciente: _____

Saida: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Data de Impressão: 09/12/2020

Hora: 17:35

HU, preserve-o, ele também é seu.

Scanned with CamScanner



 SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOL DE INTER	DATA <u>Bruna / 09.19</u>
---	----------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		2 - C.E.S. 6042414
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS		4 - C.E.S. 6042414

Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE WILCLEI PEREIRA DA SILVA				6 - ACOMPANHANTE 7 - PRETENDIMENTO 51026002	
8 - CNS 700605082094764	9 - RG	10 - CPF 5477401400	11 - NASCIMENTO 02/06/1961	12 - SEXO M	13 - RAÇA COR PARDADA
15 - NOME DA MÃE JOSEFA MARIA DE SANTANA SILVA				16 - TELEFONE EM CONTATO (87) 98197290	
17 - NOME DO RESPONSÁVEL				18 - ETNIA	
19 - ENDEREÇO RUA 11 - N.º 1 - VILA MARCELA				20 - CID - ICD 2611101	
21 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA PETROLINA				22 - UF PE	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
25 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO DOR E EDEMA EM PÉ DIREITO.
26 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO NECESSIDADE DE CIRURGIA.
27 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) EXAME CLÍNICO + RADIOGRAFIA.
28 - DIAGNÓSTICO INICIAL FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
29 - CID 10 PRINCIPAL S92.1
30 - CID 10 S92.1
31 - CID 10 C ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METATARSÍANOS	
34 - CLÍNICA	35 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
36 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF 1324316454	37 - N.º DOCUMENTO (CNS CPF EXTERNO) (X) DATA DE EMISSÃO 1324316454
38 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE-ASSISTENTE FABIO HENRIQUE RODRIGUES DE AMORIM	39 - DATA DA SOLICITAÇÃO 07/08/2019
40 - ASS. CAPACITADA DE CONSENTIMENTO 19631/CREMEPE	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
41 - ACIDENTE EM TRANSPORTE	42 - ACIDENTE DE TRABALHO	43 - ACIDENTE DE TRABALHO	44 - CNPJ DA SEGURADORA
45 - N.º BENEFÍCIO	46 - CNPJ EMPRESA	47 - CNPJ EMPRESA	48 - CNPJ EMPRESA
49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURO () APOSENTADO () NÃO DESIGNADO			

AUTORIZAÇÃO	
51 - NOME-PROF. AUTORIZADOR	52 - CÓD. ORGÃO
53 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF 05100119	54 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS-CPF) PROF. AUTORIZADOR 05100119
55 - DATA DE AUTORIZAÇÃO 08/08/19	56 - ASSINATURA E CARIMBO IN. REG. CONSELHO
57 - N.º AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (X) () OUTRO	

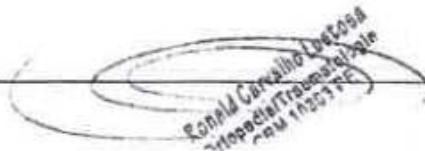
Scanned with CamScanner



DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: <i>Michael Perceira de Almeida</i>		DATA INTERNAÇÃO:
DIAGNOSTICO: <i>Sequeleto de 3 mtd. de 10</i>		DATA CIRURGIA: <i>10/08/19</i>
PROCEDIMENTO: <i>Artroscopia</i>		INÍCIO:
		TÉRMINO:
CIRURGIÃO: <i>Maia</i>	Anestesista: <i>Pinto</i>	
CIRURGIÃO:		
1º aux.: <i>Vilela</i>	2º Aux:	
Anestesia: <i>Pinto</i>		

Artroscopia do joelho direito
com o paciente em decúbito lateral
com o joelho flexionado a 90°
Realizada a artroscopia
com o paciente em decúbito lateral
com o joelho flexionado a 90°
com o joelho flexionado a 90°
com o joelho flexionado a 90°



FICHA DE ANESTESIA - HU - UNIVASF				PRONTUÁRIO		DATA
NOME: <u>Wesley Pereira da Silva</u> CIRURGIÃO: <u>Dr. Arnold</u>				Sexo: <u>M</u>	Idade: <u>ASA</u>	16/12/2015 Urgência: ☒ SIM ☐ NÃO
ANESTESIOLOGISTA: <u>Dr. Celso</u>						
PROCEDIMENTO:				INÍCIO: <u>11:50</u>	TÉRMINO: <u>12:40</u>	
Anamnese: Alergia: ☒ Não ☐ Sim Jejum: ☐ >8h ☐ <8h Patologias: ☒ Não ☐ Sim				CONDIÇÕES DE ENTRADA PA: _____ FC: _____ SAT: _____ OUTROS: _____		
Exames: _____						
HORÁRIO O2 _____ N2O AR _____ SAT _____ TCG _____ LYCO2 _____ DIURESE _____ LÍQUIDOS _____				MEDICAÇÃO 1 _____ 2 <u>Neosim - 1ml</u> 3 _____ 4 <u>Capit - 2g</u> 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____ 11 _____ 12 _____ 13 _____ 14 _____ 15 _____ 16 _____ 17 _____ 18 _____ 19 _____ 20 _____		
Posição: _____ Hemocomponentes: ☐ Não ☐ Sim Antibiótico: ☐ Profilático ☐ Terapêutico				MONITORIZAÇÃO ☒ OXIMETRIA ☐ ANALISADOR GÁS ☒ CARDIOSCOPIA ☐ PAI ☐ PNI ☐ OUTROS ☐ CAPNOGRAFIA ☐ ☐ SVD ☐		
Descrição: <u>paciente em posição de decúbito</u> <u>com monitorização de sinais vitais</u> <u>em sala de cirurgia</u>				TÉCNICA ANESTÉSICA ☐ ACOMPANHAMENTO ☒ RACIUNESTESIA ☐ G. VENOSA ☐ G. BALANCEADA ☐ PERIDURAL ☐ G. INALATÓRIA ☐ PERI CONT. ☐ B. PLECO ☐		

Scanned with CamScanner



Registro de Classificação de Risco
Protocolo de Manchester

Nome: WERCLEI PEREIRA DA SILVA Chegada: 07/08/2019 17.15.09
Sexo: MASCULINO Idade: 38
Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 02/06/1981

Queixa Principal:		DOR E EDEMA EM PÉ DIREITO APÓS QUEDA DE MOTO ONTEM;					
Fluxograma:		PROBLEMAS EM EXTREMIDADES			Discriminador: EDEMA		
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		
	Pulso			Ritmo:			Sat O2 (%):
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:	4	PA
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	☒	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fla. Interno:	ORTOPEDISTA						
Classificador:	CAMILA DA SILVA CARVALHO		COREN / CRM:		390002	Hora de Início CR: 07/08/2019 17.26.59 Hora de Fim CR: 07/08/2019 17.28.48	

Queixa Principal:							
Fluxograma:					Discriminado		
Parâmetros:	Glicemia Capilar				Escala de Coma de Glasgow:		
	Pulso			Ritmo:			Sat O2 (%):
	Temperatura Timpânica				Escala de Dor:		PA
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	☒	POUCO VERDE Até 120 minutos	NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO
Fluxo In: 3:							
Classificador:			COREN / CRM:			Hora de Início CR: _____ Hora de Fim CR: _____	



Michel Mendes Pereira
Assessoria Administrativa
FONE: (11) 3119-2000





HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE: **WERCLEI PEREIRA DA SILVA**

IDADE: **38A**

DATA DE ADMISSÃO: **07/08/2019**

EPIDEMIOLÓGICA: **51538692**

DATA DE ALTA: **11/08/2019**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

FRATURA 02, 03 E 04 METATARSO DE PÉ DIREITO.

CID: **S92**

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APRESENTANDO FRATURA DE PÉ DIREITO. SENDO SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA + FIXAÇÃO COM FIO K.) SEM INTERCORRÊNCIAS. NO MOMENTO, FERIDA OPERATORIA LIMPA, SEM FLOGOSE COM BOA PERFUSÃO DISTAL.

RECEBE ALTA HOSPITALAR EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS E COM ORIENTAÇÕES.

MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO ORTOPÉDICO AMBULATORIAL
FISIOTERAPIA MOTORA
CARGA ZERO (NÃO PISAR)
RETIRAR PONTOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE COM 15 DIAS.

RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO ORTOPÉDICO AMBULATORIAL APÓS 15 DIAS

OBSERVAÇÃO: LEMBRAR DE REALIZAR A RADIOGRAFIA (SOLICITAÇÃO EM ANEXO) DIA DA CONSULTA (ANTES DE SER CHAMADO PELO MÉDICO).

PETROLINA-PE 11/08/2019

12/09/19
07:00
Dr. FORTES
Ortopedia
15-09-19
23:210
14.102

Scanned with CamScanner



RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: _____

NOME: _____ REGISTO Nº _____

Pet Virelei Pereira do Silva vítima de acidente automobilístico em 07/08/19 em Lagoa Grande - PE tendo sofrido lesões no L e HU; lesão grave principal do sistema em pé direito. Diagnóstico de fratura aberta dos metatarsos (02, 03 ou 04), sendo submetido o tratamento cirúrgico com fixação com pino K.

O mesmo requerido todo tratamento necessário para o retorno regular de suas atividades permanentes.

Suspensão provisória: perda total dos metatarsos, sem força, quadro clínico evolutivo, marcha instável =>

Izabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREVITO 264926-F

DATA: 25/10/19

ASSINATURA E CARIMBO



Per um condiciona de reaca em
protece nos diu. plodios habituais.
com pruzo ~ nos AVO's e puda
de 80%. do funciendiola, com dta
definiua.

elid: 592

Izabela Gomes de Sá Medeiros
Fisioterapeuta
CREITO 264926-F

HU, p... ..

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA BAHIA SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO PEDRO MELLO NÃO PLASTIFICAR		RG 12.979.612-34 DATA DE EXPEDIÇÃO 11-09-2015	
 		NOME WERCLEI PEREIRA DA SILVA	
FOTOGRAFIA COPIADA		FILIAÇÃO ELIAS PEREIRA DA SILVA	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Werclei Pereira da Silva</i>		JOSEFA MARIA DE SANTANA SILVA	
CARTERA DE IDENTIDADE		NATURALIDADE JUAZEIRO BA DATA DE NASCIMENTO 02-06-1981	
CPF 054.774.014-00		C.CAS. CM STA. MARIA DA BOA VISTA PE DS LAGOA GRANDE LV 04 FL 114 RT 1724	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83		<i>Favileta Werclei Pereira da Silva</i>	

Scanned with CamScanner



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - PE Nº 015101859790
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CÔD. RENAVAM 189286398 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
CIGONALDO DA SILVA RIBEIRO

LAGOA GRANDE-PE 0

CPF / CNPJ 078.511.044-39 PLACA FEM2652

PLACA ANT. / UF ***** / PE CHASSI LB9NE10419C004429

ESPÉCIE TIPO PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO I / YINXIANG IROS ONE ANO FAB. 2008 ANO MOD. 2008

CAP. / POT. / CIL. 28 / 124CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA I P V A 1ª 2ª 3ª

FAIXA LPIVA PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOP (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 80.43 DATA DE PAGAMENTO 14/03/19

OBSERVAÇÕES SEM RESERVA

LAGOA GRANDE

DATA 20/03/19

ROBERTO CARLOS MOTAIS Fontelles
DIRETOR DE REGISTRO

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

PE Nº 015101859790 BILHETE DE SEGURO DPVAT

CIGONALDO DA SILVA RIBEIRO

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

LAGOA GRANDE-PE EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 20/03/19

VIA 1 CPF / CNPJ 078.511.044-39 PLACA FEM2652

RENAVAM 189286398 MARCA / MODELO I / YINXIANG IROS ONE

ANO FAB. 2008 CAT. TMV 09 Nº CHASSI LB9NE10419C004429

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAM (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOP (R\$) 0.32 TOTAL DO PAGAMENTO (R\$) 84.53

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 14/03/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.508/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE FORÇA OBRIGATORIO.



Scanned with CamScanner



PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: WERCLEI PEREIRA DA SILVA
RG/CNH/CTPS: 12929612-34 CPF: 054.724.014-00
End: RUA BENEFATA, Nº 60 - NOVA LAGOA GRANDE,
LAGOA GRANDE - PE - 56395-000

Outorgado: TIAGO ANDRÉ MANGABEIRA DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 9071033 CPF: 079.529.654-17
End: RUA CANAFISTOLA, Nº 226 - DREIA BRANCA -
PETROLINA - PE 56330-035

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

WERCLEI PEREIRA DA SILVA - NATUREZA: INJACIDÔS
DATA ACIDENTE: 07/08/2019

LAGOA GRANDE, 03 de Outubro de 2019.

RECONHEÇO

Werclei Pereira da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



Scanned with CamScanner



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0378151/19

Vítima: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

CPF: 054.774.014-00

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 07/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WERCLEI PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO : 079.529.654-17

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

WERCLEI PEREIRA DA SILVA : 054.774.014-00

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: 29/10/2019
Nome: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 079.529.654-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Caroliny Lins Veloso



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190610251 **Cidade:** Lagoa Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WERCLEI PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 07/08/2019 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DOS 2º, 3º E 4º METATARSOS DO PÉ DIREITO

Descrição do exame físico: CICATRIZES COM BOM ASPECTO
EDEMA RESIDUAL NO PÉ DIREITO.
DEFICIT LEVE NA FLEXÃO DOS 2º 3º 4º PODODACTILOS DIREITOS

Resultados terapêuticos: FRATURAS CONSOLIDADAS COM BOM ALINHAMENTO ANATOMICO
EDEMA RESIDUAL.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 2º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 3º DEDO DO PÉ DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO 4º DEDO DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/11/2019

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau leve - 25 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			7,5 %	R\$ 1.012,50

