

Rio de Janeiro, 08 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EVENILSON DA SILVA GOMES**

Nº Sinistro: **3180521167**

Vítima: **EVENILSON DA SILVA GOMES**

Data do Acidente: **17/06/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180521167**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13572969



Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **EVENILSON DA SILVA GOMES**
Nº Sinistro: **3180521167**
Vítima: **EVENILSON DA SILVA GOMES**
Data do Acidente: **17/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180521167**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência ilegível
- Boletim de ocorrência ilegível

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13575353



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **EVENILSON DA SILVA GOMES**

Sinistro: **3180521167**
Vítima: **EVENILSON DA SILVA GOMES**
Data do Acidente: **17/06/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180521167** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13676526





05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, 119 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 076ª CIRCUNSCRIÇÃO - GAMELEIRA -
DP76ªCIRC DINTER1/13ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0166000473**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/10/2018 às
09:29

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 17/07/2018 às 12:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, 91 - Bairro
CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: EM A
BARBEARIA DE SAMUEL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE AUTORIA (AUTOR/AGENTE)
JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (TESTEMUNHA)
EVENILSON DA SILVA GOMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros meios), que estava em posse do(a) Sr(a): EVENILSON DA
SILVA GOMES

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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

EVENILSON DA SILVA GOMES (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe
SUELENE CRISTINA DA SILVA Pai: ENILSON GOMES DA SILVA Data de Nascimento:
18/11/1997 Nacionalidade: RIBEIRÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Documento: 8288821/008/PE
(RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª, GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS
PROFISSÕES
Endereço Residencial: RUA AMOS BEZERRA LEITE, 36 - CEP: 8 - Bairro: SANTA LUZIA -
GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE AUTORIA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: NÃO
INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 1/5/1998 Nacionalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:
DESCONHECIDO

JOSE EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo:
Masculino Mãe: SUELENE CRISTINA DA SILVA Pai: ENILSON GOMES DA SILVA Data de
Nascimento: 20/11/1997 Nacionalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:

SOLTEIRO(A) Esolteiro 2º. GRAU COMPLETO
Endereço Residencial: RUA AMOS BEZERRA LEITE, 36 - CEP: 6 - Bairro: SANTA LUZIA -
GAMALEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **EVENILSON DA SILVA GOMES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN M8** Objeto apreendido: **NÃO**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEN8888** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **251029453**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Complemento / Observação

SENHOR DELEGADO, A VITIMA INFORMOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A
MOTOCICLETA QUANDO, DE REPENTE, UM ANIMAL (CÃO) PASSOU EM SUA FRENTE
LEVANDO, COM ISSO, A UMA MANOEIRA DIFÍCIL, O QUE PROVOCOU A SUA CAÍDA NO
LEITO DA VIA. LOGO APÓS O FATO, A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL
DESSA CIDADE QUE, DE PRONTO, O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE
PALMARES, CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO 236136.

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

EVENILSON DA SILVA GOMES
(VITIMA)

JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **25902**



05.802.494/0001-41

**TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA**

05 NOV 2019

**Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 076ª CIRCUNSCRIÇÃO - GAMELEIRA -
DP76ªCIRC DINTER1M3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0166000473**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/10/2018** às **09:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia **17/8/2018** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GAMELEIRA, 81 - Bairro: CENTRO - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **EM A BARBEARIA DE SAMUEL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE AUTORIA (AUTOR / AGENTE)
JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (TESTEMUNHA)
EVENILSON DA SILVA GOMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): EVENILSON DA SILVA GOMES

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

EVENILSON DA SILVA GOMES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SUELENE CRISTINA DA SILVA Pai: ENILSON GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 18/11/1987 Naturalidade: RIBEIRÃO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9289831/909/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES
Endereço Residencial: **RUA AMOS BEZERRA LEITE, 30 - CEP: 8 - Bairro: SANTA LUZIA - GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HOUVE AUTORIA (não presente no plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 1/1/1988 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade:

JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SUELENE CRISTINA DA SILVA Pai: ENILSON GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 20/11/1987 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil:

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

SOLTEIRO(A) Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**
Endereço Residencial: **RUA AMOS BEZERRA LEITE, 30 - CEP: 0 - Bairro: SANTA LUZIA -**
GAMELEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO), que estava em posse do(s) Sr(s): **EVENILSON DA SILVA GOMES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEH6698** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **281620433**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

Complemento / Observação

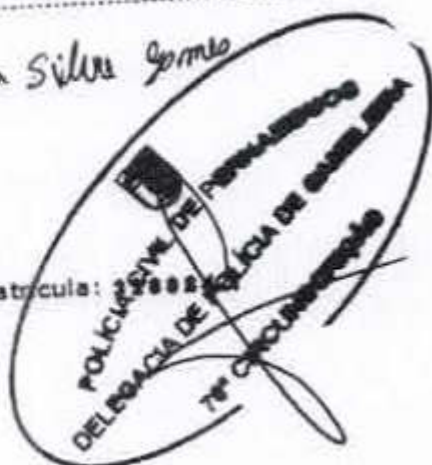
SENHOR DELEGADO, A VÍTIMA INFORMOU QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA QUANDO, DE REPENTE, UM ANIMAL (CÃO) PASSOU EM SUA FRENTE LEVANDO, COM ISSO, A UMA MANOEIRA DIFÍCIL, O QUE PROVOCOU A SUA CAÍDA NO LEITO DA VIA. LOGO APÓS O FATO, A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE QUE, DE PRONTO, O CONDUZIU PARA O HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES. CONFORME PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO 238136.

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

EVENILSON DA SILVA GOMES
(VÍTIMA)

JOSÉ EDSON DOS SANTOS SILVA FILHO
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: **PAULO ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **2892**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

26 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº da anexo na ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

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

Nome completo: CPF: 118.066.974-67
Profissão: Renda: Endereço: Rua Vereador Amos Biceira
Bairro: Santa Luzia Cidade: Gamela Estado: PE CEP: 55.001-000
T-mob: Tel (DDD):

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

RECEITA MENSAL: ☒ R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 A R\$ 10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$ 1.001,00 A R\$ 3.000,00 ☐ R\$ 3.001,00 A R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 A R\$ 7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☒ Bradesco (337) ☐ Itaú (344)
☐ Banco do Brasil (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0882 6 CONTA: 17093 3
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo exposto, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74 art. 2º, § 1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Overado ☐ Seporado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte àsqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, exceto neste, ainda, de que qualquer opção 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.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____
Assinatura do Representante Legal (se houver): _____
Assinatura do Procurador (se houver): _____

TESTEMUNHAS 05.802.494/0001-41

1ª Nome: TRACÇÃO CORRETORA
CPF: DE SEGUROS LTDA
2ª Nome: _____
CPF: _____
3ª Nome: _____
CPF: _____

RECIFE-PE

Pernambuco

HRP

PRONTUÁRIO: 238136
Colaborador: KATIAYOS
CNS: 702400553198824

Data do Atendimento: 17/06/2018 Hora: 13:29:33
No. Atendimento: 745123 Urgência / Emergência
Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA ONTOPEIDIA/TRAUMATOLOGIA

Sexo: Masculino

Nome: EVENILSON DA SILVA GOMES

Data de Nascimento: 19/01/1997 Idade: 21 Anos 4 Meses e 29 Dias C.I.: ENILSON GOMES DA SILVA

Pais ou responsáveis: SUELENE CRISTINA DA SILVA

Endereço: RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE, 30 - SANTA LUZIA - 55530000

Cidade: GAMELEIRA Tel: 51 986739095

Hora do Atendimento: 1 Hs

Queixa Principal:

Paciente repa do dente da mandíbula
liga remota logo disso
Der no pulso
uso profuso

Exame Físico:

A. Geral: via aérea está pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura:

B. Respiratório:

C. Circulatório:

D. Exame Neurológico: Deficiência motora:

MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura Ocular Glasgow: Resposta Verbal Glasgow: Resposta Motora

Exame:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

E. Abdome:

Diagnóstico Inicial:

fratura distal do fêmur lateral

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

foto pulso MID

Tratamento / Procedimentos:

o talo amarelo-
escuro em lista de transplante

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO (NIF)

Alergia:

UPM

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS / DM / SA / MSHQ

15/06/18

Evolução de Enfermagem:

Exame físico
Apresenta hemorragias

Destino do paciente: ☐ Alta para casa
☐ Transferência para outra unidade
Condição do paciente: ☐ Estável ☐ Melhorado ☐ Piorado

Encaminhamento ao Ambulatório: ☐ Ambulatório ☐ Internação ☐ Alta a Pedido

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Enfermeira - Carimbo e Assinatura
CRM 10857

Enfermeira - Carimbo e Assinatura
CRM 17.581
TEOT 13435

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

21/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EVENILSON DA SILVA GOMES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00882-6

CONTA: 000000017093-3

Nr. Autenticação

BRADESCO2112201805000000000023700882000000017093168750 PAGO

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DECLARATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

UNIVERSITÄT WÜRZBURG, INSTITUT FÜR ANTIKEN UND CLASSICA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Segue no ponto mais perto de você! Tipos de descontos e artigos: governando xatos de uma excelente para
resposta! (para mais sobre a resposta, no 24h de resposta, esta completa em www.24h.gov.br)
Para mais de informações e respostas em vigor de 24h de resposta, esta completa em www.24h.gov.br
a) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
b) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
c) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
d) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
e) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
f) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
g) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
h) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
i) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
j) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
k) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
l) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
m) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
n) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
o) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
p) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
q) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
r) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
s) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
t) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
u) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
v) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
w) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
x) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
y) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento
z) Acesso a computadores e dados no nível de autoridade individual ou de nível de trabalho de fornecimento

DESCRIÇÃO	CONSUMO	VALOR APROXIMADO	META NORMAL	META TBM	META APROV.
aproximado					
Desligar a torção por 1 hora	0,0426	0,08	4,00	0,87	16,40
Desligar a torção por 2 horas	0,08	0,17	8,00	1,75	32,75
Desligar a torção por 3 horas	0,12	0,26	12,00	2,60	49,10
Desligar a torção por 4 horas	0,16	0,32	16,00	3,33	64,40
Desligar a torção por 5 horas	0,20	0,40	20,00	4,00	80,70
Desligar a torção por 6 horas	0,24	0,48	24,00	4,80	96,00
Desligar a torção por 7 horas	0,28	0,56	28,00	5,60	112,00
Desligar a torção por 8 horas	0,32	0,64	32,00	6,40	128,00
Desligar a torção por 9 horas	0,36	0,72	36,00	7,20	144,00
Desligar a torção por 10 horas	0,40	0,80	40,00	8,00	160,00
Desligar a torção por 11 horas	0,44	0,88	44,00	8,80	176,00
Desligar a torção por 12 horas	0,48	0,96	48,00	9,60	192,00
Desligar a torção por 13 horas	0,52	1,04	52,00	10,40	208,00
Desligar a torção por 14 horas	0,56	1,12	56,00	11,20	224,00
Desligar a torção por 15 horas	0,60	1,20	60,00	12,00	240,00
Desligar a torção por 16 horas	0,64	1,28	64,00	12,80	256,00
Desligar a torção por 17 horas	0,68	1,36	68,00	13,60	272,00
Desligar a torção por 18 horas	0,72	1,44	72,00	14,40	288,00
Desligar a torção por 19 horas	0,76	1,52	76,00	15,20	304,00
Desligar a torção por 20 horas	0,80	1,60	80,00	16,00	320,00
Desligar a torção por 21 horas	0,84	1,68	84,00	16,80	336,00
Desligar a torção por 22 horas	0,88	1,76	88,00	17,60	352,00
Desligar a torção por 23 horas	0,92	1,84	92,00	18,40	368,00
Desligar a torção por 24 horas	0,96	1,92	96,00	19,20	384,00
Desligar a torção por 25 horas	1,00	2,00	100,00	20,00	400,00
Desligar a torção por 26 horas	1,04	2,08	104,00	20,80	416,00
Desligar a torção por 27 horas	1,08	2,16	108,00	21,60	432,00
Desligar a torção por 28 horas	1,12	2,24	112,00	22,40	448,00
Desligar a torção por 29 horas	1,16	2,32	116,00	23,20	464,00
Desligar a torção por 30 horas	1,20	2,40	120,00	24,00	480,00
Desligar a torção por 31 horas	1,24	2,48	124,00	24,80	496,00
Desligar a torção por 32 horas	1,28	2,56	128,00	25,60	512,00
Desligar a torção por 33 horas	1,32	2,64	132,00	26,40	528,00
Desligar a torção por 34 horas	1,36	2,72	136,00	27,20	544,00
Desligar a torção por 35 horas	1,40	2,80	140,00	28,00	560,00
Desligar a torção por 36 horas	1,44	2,88	144,00	28,80	576,00
Desligar a torção por 37 horas	1,48	2,96	148,00	29,60	592,00
Desligar a torção por 38 horas	1,52	3,04	152,00	30,40	608,00
Desligar a torção por 39 horas	1,56	3,12	156,00	31,20	624,00
Desligar a torção por 40 horas	1,60	3,20	160,00	32,00	640,00
Desligar a torção por 41 horas	1,64	3,28	164,00	32,80	656,00
Desligar a torção por 42 horas	1,68	3,36	168,00	33,60	672,00
Desligar a torção por 43 horas	1,72	3,44	172,00	34,40	688,00
Desligar a torção por 44 horas	1,76	3,52	176,00	35,20	704,00
Desligar a torção por 45 horas	1,80	3,60	180,00	36,00	720,00
Desligar a torção por 46 horas	1,84	3,68	184,00	36,80	736,00
Desligar a torção por 47 horas	1,88	3,76	188,00	37,60	752,00
Desligar a torção por 48 horas	1,92	3,84	192,00	38,40	768,00
Desligar a torção por 49 horas	1,96	3,92	196,00	39,20	784,00
Desligar a torção por 50 horas	2,00	4,00	200,00	40,00	800,00
Desligar a torção por 51 horas	2,04	4,08	204,00	40,80	816,00

NÍVEL DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	205	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

CONTA-CONTRATO		MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VERCIMENTO	TELA DE PAGAMENTO Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este cartão será usado em leitura ótica.
007027598778		10/2018	402,44	24/10/2018	AUTENTICAÇÃO MECÂNICA 

838200000046 024400110072 027538778103 154367521338



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ERICKSON DA SILVA GOMES Inscrito (a) no CPF sob o Nº 076.711.374 / 80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERICKSON DA SILVA GOMES Inscrito (a) no CPF sob o Nº 118.066.974 / 67, do sinistro de DPVAT cobertura INURUBEE da Vítima ERICKSON DA SILVA GOMES, Inscrito (a) no CPF sob o Nº _____, 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>PRACA FERNANDES VIEIRA</u>		Número <u>21-3</u>	Complemento
Bairro <u>JARDIM ATLANTICO</u>	Cidade <u>OLINDA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP
Email		Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99710 9292</u>

OLINDA-PE de 10 de 18
Local e Data

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu Aluísio Rufino da Silva

RG nº 3199112, data de expedição 19/08/2005

Órgão SDS, portador do CPF nº 521.274.944-15, com

residência na cidade de BASETEIRA, no Estado de

PARANÁ onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA VITÓRADOR ANTONIO BEZERRA LIMA nº 54,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima CRISTIANE DA SILVA GOMES, cujo o condutor era

ERICKSON DA SILVA GOMES

Veículo: 750 MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 FAN KS

Ano: 2010

Placa: PEH-0508

Chassi: 01CCH110A2 06 8066

Data do Acidente:

Local e Data: BASETEIRA - 17 JUNHO 2018

Aluísio Rufino da Silva
Assinatura do Declarante

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



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Pernambuco

HRP



Data do Atendimento: 17/06/2018 Hora: 13:29:33
 No. Atendimento: 745123 Urgência / Emergência
 Prioridade: AMARELO - URGÊNCIA ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 PRONTUÁRIO: 236135
 Colaborador: KATIAYDIS
 CNS: 702400993198624
 Sexo: Masculino

Nome: EVENILSON DA SILVA GOMES
 Data de Nascimento: 19/01/1997 Idade: 21 Anos, 4 Meses e 20 Dias C.I.:
 País ou responsável: SUELENE CRISTINA DA SILVA / ENILSON GOMES DA SILVA
 Endereço: RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE 30 - SANTA LUZIA - 55530000
 Cidade: GAMELEIRA Tel: 81 998735095 Hora do Atendimento: 1 Hs

Queixa Principal:

Acidente supra ao andar de metrô hoje
 fez resumo logo depois
 Dor em pé direito
 logo após

Exame Físico:

A. Geral via aérea está pervia? SIM ☐ NÃO ☐ O paciente fala? SIM ☐ NÃO ☐ Temperatura:

B. Respiratório:

C. Circulatório:

D. Exame Neurológico: Deficiência motora:

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Escore:

Hora:

Escore:

Hora:

Escore:

05-802-494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

0-5 MM 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl 902 BL C

Boa Vista - CEP 50.060-010

RECIFE-PE

E. Abdomen:

Diagnóstico Inicial:

fratura distal lateral lateral

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados: 2 - Especializados

foto gessuosa MID

Tratamento / Procedimentos:

id sale amarelo
 evoluiu em lista de transplante

Queixa Principal Relacionada a Classificação de Risco:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO COM QUEIXA DE DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO (NIR)

Alergia:

UPM

Observação:

NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, HAS / DM / PA / MHC

15/06/18

Evolução de Enfermagem:

Exame físico
 Apoiado em tornozelo P /

Destino do paciente: Alta para casa, Encaminhamento ao Ambulatório, Internação, Alta hospitalar, Alta a Pedido
 Transfêrência para outra unidade: Sim, Não, Outros
 Continuação do paciente: Hospitalizado, Internado, Placado

Enfermeira - Carimbo e Assinatura

Carimbo e Assinatura
 Competência de 06/06/18
 CREA 1343

Carimbo e Assinatura
 Competência de 17/06/18
 CREA 1343



Nome: **EVENILSON DA SILVA GOMES** (1815537)

Procedência: **ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)**

Enfermaria:

Leito:

Unidade de Internação: **013 - Ortopedia/Traumatologia**



Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Admissão: **287241**

Data: **24/07/2018**

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Declaro para fins de prova que o paciente, **EVENILSON DA SILVA GOMES** é portador do diagnóstico:
<<FRATURA PLANALTO TIBIAL DIR + FRATURA PATELA DIREITA>>.

CID: **<<S821+S820>>**

PAC. SUBMETIDO A CIRURGIA DE OSTEOSSINTESE COM PLACA, PARAFUSOS E FIO KIRSCHNER
HÁ 30 DIAS DEVENDO PERMANECER AFASTADO DO TRABALHO ATÉ RECUPERAR CAPACIDADE
LABORAL/FUNCIONAL.

ENCAMINHO PARA AVA. JAÇÓ PERICIAL INSS.

Deverá permanecer afastado de suas atividades trabalhistas por um período de 90 (NOVENTA) dias, a partir
desta data, segue em acompanhamento ambulatorial.

Moreno, 24/07/2018.

JUAÍEZ SEBASTIAN LIMA E LIMA - CREMEPE: 15595

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

OBS: Documentação original para o INSS

01 - Cópia autenticada para a empresa

01 - Cópia simples fica com o paciente

Esta declaração está sendo emitida apenas diretamente ao paciente e/ou ao responsável legal, mediante solicitação do mesmo.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 24/07/2018 às 19:04

Dr. (a) JUAÍEZ SEBASTIAN LIMA E LIMA
CRM: 15595

05.802.494/0001-41
CORREÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/07/2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Aterramento: 284322 Entrada: 19/08/2018 Hora: 09:56
Acomodação: LEITO 02
Plano: SUS - DEMANDA
Responsável:
Médico Resp: MARCELO CORREA DE ARAUJO LARRAZABAL

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 8 Dias, 00 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702400593198824

Paciente: 1815317 EVENILSON DA SILVA GOMES
Nascimento: 19/01/1997 (21 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE
Bairro: SANTA LUZIA C.E.P. 55530-000
Cidade: 2805906 GAMELEIRA
Sexo: ENILSON GOMES DA SILVA
Mãe: SUELENE CRISTINA DA SILVA
Vila:
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 11806897467
Identidade: 9259931 - SDS - PE
Telefone: / 998739095
Educação:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RIBEIRAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 18/06/2018 17:22

CONSULTA NA URGÊNCIA (Dr. BAIAS CAVALCANTE FERNANDES CRM 19557)

Relato do paciente:

PACIENTE TRAZIDO DO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL JOELHO DIREITO.
CAMES DE IMAGEM COM PACIENTE NÃO MOSTRAVAM FRATURA... EXAMES DE OUTRAS ARTICULAÇÕES.
ETO NOVO INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO COM O PACIENTE EXAME FÍSICO ADEQUADO, IDENTIFICADO DOR E
LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO DIREITO.
SOLICITADO RX EM NOSSA INSTITUIÇÃO, IDENTIFICAMOS A FRATURA

Exame físico:

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL

Prescrição/Conduta:

Horário/Checkagem

DEVOLVO PACIENTE PARA TAC	
PODERÁ REINTERINAR POSTERIORMENTE APÓS EXAME E VERIFICAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE ADEQUADA PARA O CASO	

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 114 7113

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Validação:

Artistas Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (011) 3535-2013
Av. Celso Campelo, S/N - Moreno-PE

Atendimento: 254322 Entrada: 18/06/2018 Hora: 09:58
Acomodação: LEITO 02
Plano: ILIS - DEMANDA
Responsável:
Médico Resp: MARCELO CORREA DE ARAUJO LARRAZABAL

Enfermaria: ENFERMARIA 05
Permanência: 8 Dias(s), 00 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 702400593195524

Paciente: 1615317 EVENILSON DA SILVA GOMES
Vencimento: 19/01/1997 (21 Anos e 5 Meses)
Endereço: RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE
Bairro: SANTA LUZIA C.E.P. 55530-000
Cidade: 2505905 GAMELEIRA
País: ENILSON GOMES DA SILVA
Mãe: SUELENE CRISTINA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
G.P.F.: 11806697467
Identidade: 9259931 - SDS - PE
Telefone: / 998739095
G. Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: RIBEIRAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

18/06/2018 - 17:07

CONSULTA NA URGÊNCIA (Dr. ILAIAS CAVALCANTE FERNANDES - CRM 19852)

História do paciente:

PACIENTE TRAZIDO DO HOSPITAL REGIONAL DE PALMARES COM FRATURA DE PLATÔ TIBIAL JOELHO DIREITO. KAMES DE IMAGEM COM PACIENTE NÃO MOSTRAVAM FRATURA... EXAMES DE OUTRAS ARTICULAÇÕES. ÉITO NOVO INTERROGATÓRIO SINTOMATOLÓGICO COM O PACIENTE EXAME FÍSICO ADEQUADO, IDENTIFICADO DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM JOELHO DIREITO. OLUTADO RX EM NOSSA INSTITUIÇÃO, IDENTIFICAMOS A FRATURA

Exame físico:

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DE PLATÔ TIBIAL

Prescrição/Conduta:

	Horário/Checkagem
1- DEVOLVO PACIENTE PARA TAC	
2- PODERÁ REINTERNAR POSTERIORMENTE APÓS EXAME E VERIFICAÇÃO DE MATERIAL DE SÍNTESE ADEQUADA PARA O CASO	
3-	
4-	

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Observações:

Terminais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Getúlio Campelo Silva-Morano-PE

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 17/06/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 17/06/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: EVENILSON DA SILVA GOMES P	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: # FRACTURA PLATO TIBIAL E PATELA DO JOELHO DIREITO	
DADOS RESUMO DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): # Tratamento cirúrgico Redução cruenta + OSTEOSÍNTESE DE FRACTURA PLATO E PATELA	
ALTA MÉDICA? ☒ SIM ☐ NÃO	05.802.494/0001-41 TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: ☐ SIM ☒ NÃO	05 NIV 9019
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: [] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DO TRATAMENTO. [X] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Membro Superior Direito - Defeito Funcional ± 75%
2º
3º
4º
5º

NÚMERO QUE ASSINA E/OU AVALIA A VÍTIMA NO PERÍODO DE 26/10/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAMENTE VERDADEIRAS.	LOCAL: Escada DATA: 26/10/18 ASSINATURA E CARIMBO: João Ricardo P. Parruci Ortopedia / Traumatologia CRM-PE 1142
---	--

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
EVENILSON DA SILVA GOMES

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
9259931 SDS PE

CPF DATA NASCIMENTO
118.066.974-67 19/01/1997

FILIAÇÃO
ENILSON GOMES DA SILVA
SUELLENE CRISTINA DA SI
LVA

PERMISSÃO
PERMISSÃO

ACC
[X]

CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
07021871403

VALIDADE
19/03/2019

1ª HABILITAÇÃO
19/03/2018

OBSERVAÇÕES
EAR

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Evenilson da Silva Gomes

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PALMARES, PE

DATA EMISSÃO
20/03/2018

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

81126115462
PE082522022

PERNAMBUCO

BRASIL
 REPÚBLICA DE
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1420938458

LUCAS VINICIUS NATA SEPULVEDA

CPF: 0317129-000-00
 RG: 074.711.374-00
 DATA NASCIMENTO: 25/07/1989

NOME: NEDSON ANTONIO
 SEPULVEDA NORALLES
 MÃE: SANDRA MARIA
 MANGABEIRA NATA

Nº de Matrícula: 05468465402
 Validade: 25/01/2012
 Data de Emissão: 22/04/2012

CATEGORIA: 28
 DATA DE EMISSÃO: 22/04/2012

PERNAMBUCO

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05/11/2019.

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013934336050
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 051244336050

PLACA: 051244336050

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

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

PE Nº 013934336050 BILHETE DE SEGURO DPVAT

PLACA: 051244336050

12/05/2014 - 12/05/2015

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

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DETRAN - PE Nº 013934336050

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEICULO: 051244336050

PLACA: 051244336050

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

12/05/2014 - 12/05/2015

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2014
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180521167 **Cidade:** Gameleira **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EVENILSON DA SILVA GOMES **Data do acidente:** 17/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do platô tibial direito e patela direita

Descrição do exame médico pericial: Ao exame: Marcha claudicante (+/++++), redução moderada da flexão do joelho direito.

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a osteossíntese com placa e parafusos no platô tibial e fios de kirschner na patela. Realizou fisioterapia da qual teve alta há 3 meses.

Sequelas permanentes: Deficit funcional moderado (50%) em joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 18/12/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais em joelho direito, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: ANDREA RODRIGUES MADEIRA

CRM do médico: 19953

UF do CRM do médico: PE

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 joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: ALESSANDRA DURAES ALTAF

CRM do médico: 016562

UF do CRM do médico: CE

Assinatura do médico:

Alessandra Duraes Altaf

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180521167

Nome do(a) Examinado(a): EVENILSON DA SILVA GOMES

Endereço do(a) Examinado(a): RUA VER AMOS BEZERRA LEITE, 30 -
GAMELEIRA/PE - CEP 55530-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 9259931 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 17/06/2018 - Gameleira PE

Data e Local do Exame : 18/12/2018 AVENIDA DR PEDRO JORDÃO, 1252 -
CARUARU/PE

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura do platô tibial direito e patela direita.

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

Quadro submetido a osteossíntese com placa e parafusos no platô tibial e fios de kirschner na patela. Realizou fisioterapia da qual teve alta há 3 meses.

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

Ao exame: Marcha claudicante (+/++++), redução moderada da flexão do joelho direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ Sim ☐ Não

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

dano funcional do Joelho direito

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 (*).

Vide motivo do impedimento no
campo das observações

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

() “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.**

Região Corporal

joelho direito

% do Dano () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

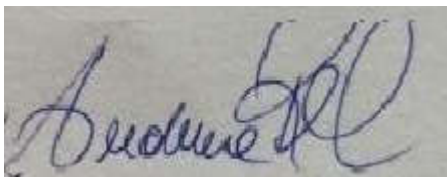
Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF : PE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: EUVENILSON DA SILVA GOMES

Id: 9259931

CPF: 118.066.974-67

End: RUA VEREADOR AMOS BEZERRA LEITE, 30, SANTA
LÚZIA, GAMELINHA-PE

Outorgado: LUIS VINÍCIUS MATA SEPULVEDA

Id: 8.317.129

CPF: 076.711.374-80

End: PC FERNANDES VIEIRA, 21-3, JARDIM ATLÂNTICO
OLINDA-PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referente ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima EUVENILSON DA SILVA GOMES

CPF: 118.066.974-67

03/08/2018 de _____ de _____

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

05 NOV 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE



EUVENILSON DA SILVA GOMES

Assinatura do Outorgante
(reconhecer firma por autenticidade)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0402852/18

Número do Sinistro: 3180521167

Vítima: EVENILSON DA SILVA GOMES

CPF: 118.066.974-67

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EVENILSON DA SILVA GOMES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA : 076.711.374-80

Comprovante de residência

EVENILSON DA SILVA GOMES : 118.066.974-67

Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA
CPF: 076.711.374-80

LUCAS VINICIUS MAIA SEPULVEDA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso