
Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190368461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ABERILSON PEDRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190368461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ABERILSON PEDRO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190368461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 02/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABERILSON PEDRO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **ABERILSON PEDRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **1**

Agência: **000002039-7**

Conta: **000510017052-9**

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



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190368461 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º AO 5º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DE PARTES MOLES NO LOCAL

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: **DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO, DATADO EM 13/05/2019, PÁGINA 3.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

NP do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

77403644438

Nome completo da vítima:

ABERILSON PEDRO DA SILVA

Nome completo:

ABERILSON PEDRO DA SILVA

Profissão:

AGRICULTOR

Endereço:

SÍTIO PALMEIRAS

CPF:

77403644438

Bairro:

ZONA RURAL

Cidade:

MACHADOS

Número:

320

Complemento:

CASA

E-mail:

pedro@pedrobal.com.br

Estado:

PE

CEP:

55740-000

Tel. (DDD):

(31) 9696 4974

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

RENDAMENTO MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2039

7

CONTA:

510017052

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(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.

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

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

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

Por motivo assinado, 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 decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE UNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado 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 (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não 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.

Local e Data:

Nome:

CPF:

Machados, PE, 28 de maio de 2019

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO.

LogMais

Via Cliente

CRATTON DE SENA BARBOSA

Pos:00000372 LT:1182 Doc:21 Oper:60405
09/05/19 09:43:41

COBAN:060485 LOJA:0001 PDV:000001

09/05/2019 BANCO DO BRASIL 09:43:39
203940501 CORRESPONDENTE BANCARIO 0045

SAQUE DE POUPANCA

CLIENTE: ABERTILSON PEDRO DA SILVA

AGENCIA: 2039-7 CONTA: 510.017.052-9

=====

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Série-A

1ª Parte

6º CIPM	MACHADOS	02/03/2019	16:15	01/02
Descrição e Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL			Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -	
Data (dd/mm/aa) 02/03/2019	Hora (hh:mm) 16:00	☒ Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	☒ Consumado ☐ Tentado	☒ Culposos ☐ Dolosos
Circunscrição do Fato		Local Principal da Ocorrência		
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM				Número
Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PÚBLICA		Bairro ZONA RURAL	CEP 55740000	
Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência SÍTIO PAQUIVIRA		
☒ VÍTIMA ☐ IMPULTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ NÃO				
Nome / Razão Social ABERSON PEDRO DA SILVA				
Pai PEDRO JOSE DA SILVA				
Mãe				
Apelido / Nome Fantasia				
Sexo XM F	Estado Civil [7]	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)		
Data de Nascimento 08/06/1989	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [7] 1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
☒ RG 41.450.574	☐ CNH	Órgão Expedidor SPC	UF PE	X CPF 744.036.444-18
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO PALMEIRAS		Número 320	Complemento Casa	
Bairro ZONA RURAL	CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente [] 1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	Peso [] 1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele [] 1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela	Bigode ☐ Sim ☐ Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)
☒ VÍTIMA ☐ IMPULTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☐ Sim ☒ Não				
Nome / Razão Social JOSE GOMES DE SOUZA				
Pai MANOEL GOMES DA SILVA				
Mãe MARIA OLIVEIRA DE SOUZA				
Apelido / Nome Fantasia				
Sexo XM F	Estado Civil [7]	1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)		
Data de Nascimento 18/10/1976	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)	4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	Escolaridade [7] 1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto
☒ RG NÃO PORTAVA	☐ CNH	Órgão Expedidor	UF PE	X CPF NÃO PORTAVA
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO PAQUIVIRA		Número s/n	Complemento Casa	
Bairro ZONA RURAL	CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)
Altura Aparente [] 1. Até 0,5m 4. 1,51-1,70m 2. 0,6-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m	Peso [] 1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg	Cor da Pele [] 1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela	Bigode ☐ Sim ☐ Não	
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão MOTORISTA	Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)	

Boletim de ocorrência



RECEBIDO
31 MAI 2019
Secretaria de Defesa Social

SERVIÇO REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBO-PE
Rua Professor Manoel de Aguiar, 20 - Miralim - Orobó - PE - CEP: 55740-000
Fone: (81) 3355-1140 - E-mail: orobopolicial@pe.gov.br

COPIA AUTENTICA conforme o original
apresentado em 28/05/2019.
de Flávia Gisele
de Mesquita Soares-Escrevente Ao
Cartório: R\$ 3,07 - TSNR: R\$ 0,68 -
FERC: R\$ 0,34 - FERN: R\$ 0,03 -
FUNSEC: R\$ 0,07 - Total: R\$ 4,19

Selo(s) 0077602.PC04201901.0136





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 19E0215000068

Série-A
Parte

Fato	Unidade Operacional 6ª CPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 02/03/2019	Horário do Registro 16:16	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02
	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?		
Motus e Parandi	Local de Entrada?		Forma de Entrada?		
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?		
Crimes Sexuais?			Estelionato?		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Objeto Envolvido	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do objeto?		☐ Sim ☐ Não		
Objeto Envolvido	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
Objeto Envolvido	Qual o motivo do registro do objeto?		☐ Sim ☐ Não		
	Envolvido	Tipo de Objeto	Marca / Modelo	Número de Série	
Objeto Envolvido	Quantidade	Valor	Moeda	Objeto Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do objeto?		☐ Sim ☐ Não		
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
Dados do Veículo	Qual o motivo do registro do veículo?		☐ Sim ☒ Não		
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
Dados do Veículo	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do veículo?		☐ Sim ☒ Não		
Dados do Veículo	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
Dados do Veículo	Qual o motivo do registro do veículo?		☐ Sim ☒ Não		
	Envolvido	Marca / Modelo	Cor	Ano	Renavan
Dados do Veículo	UF	Chassi	Placa	Veículo Apreendido?	
	Qual o motivo do registro do veículo?		☐ Sim ☒ Não		

A vítima Aberison Pedro da Silva, estava pilotando a Moto de placa KHV 8936-PE, de propriedade de sua esposa Josefa Maria da Silva, quando ao desviar um buraco perdeu o controle e caiu, sofreu vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital Edson Alvaros desta cidade e em consequência das gravidades dos ferimentos foi socorrido para outra unidade médica hospitalar.					
Exames Realizados: S. Exameado R. Exameado					
Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R	Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R
☐ Condutor	☐ Recebedor	Matrícula		Vistoria	Unidade
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação	
Ass.:		Ass.:		Ass.:	
Nome:		Nome:		Nome:	

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBÓ-PE
Rua Professor Manoel de Aguiar, 20 - Atividade - Orobó-PE CEP: 55745-000
Fone: (81) 3054-1180 - E-mail: orobopm@protonmail.com

COPIA AUTÊNTICA, conforme o original
apresentado - ODU - FE Orobó, 28/05/2019.
de Resquilha Soares-Escritório Ao
Cartório: R\$ 3,07 - TSNR: R\$ 0,68 -
FERC: R\$ 0,34 - FERN: R\$ 0,03 -
FUNSEG: R\$ 0,07 - Total: R\$ 4,19

Selo(s) 0077602.RJ004201901.01360





ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Série-A

1ª Parte

Transcrição de registro (Fato)	Unidade Operacional 6ª CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 02 / 03 / 2019	Horas do Registro 16:15	Nº da Folha / Total de Folhas 01/02	
	Descrição a Natureza ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL				Aviso de Ocorrências do CIODS Nº -	
	Data (dd/mm/aa) 02/03/2019	Hora (hh:mm) 16:00	☒ Auditoria Conhecida ☐ Auditoria desconhecida	☒ Consumado ☐ Tentado	☒ Culposos ☐ Doloso	☐ Flagrante ☐ Alto Infracional
	Circunscrição do Fato MACHADOS		Local Principal da Ocorrência VIA PÚBLICA			
Dados do Evolvido	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) ESTRADA DE TERRA PLANAGEM				Número	
	Complemento (Apto, Sala, Andar) VIA PUBLICA		Bairro ZONA RURAL		CEP 55740000	
	Município MACHADOS	UF PE	Ponto de Referência SÍTIO PAQUIVIRA			
	☒ VÍTIMA ☐ IMPULTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim X Não					
Dados do Evolvido	Nome / Razão Social ABERSON PEDRO DA SILVA					
	Pai PEDRO JOSE DA SILVA					
	Mãe NAILZA ALAIDE DA SILVA					
	Apelido / Nome Fantasia					
	Sexo XM F		Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado [7] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)			
	Data de Nascimento 08/06/1999	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	
	Escolaridade [7]		1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto			
	X RG CNH 10.459.624	Órgão Expedidor SDS	UF PE	X CPF 714.036.444-38	Órgão Expedidor SRF	
	Naturalidade MACHADOS-PE					
	Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO PALMEIRAS					
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente []		Peso []		Cor da Pele []		
1. Até 0,9m 4. 1,51-1,70m 2. 0,9-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m		1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg		1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela		
Bigode ☐ Sim ☐ Não						
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		Profissão AGRICULTOR		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		
Tipo de Tatuagem / Local (Descrever)		Defeito Físico (Descrever)		Dentes (Descrever)		
Dados do Evolvido	☒ VÍTIMA ☐ IMPULTADO ☐ SUSPEITO ☐ TESTEMUNHA ☐ OUTROS ☐ TURISTA ☒ Sim X Não					
	Nome / Razão Social JOSE GOMES DE SOUZA					
	Pai MANOEL GOMES DA SILVA					
	Mãe MARIA OLIVEIRA DE SOUZA					
	Apelido / Nome Fantasia					
	Sexo XM F		Estado Civil 1. Solteiro(a) 3. Viúvo(a) 5. Amasiado(a) 7. Não Informado [7] 2. Casado(a) 4. Divorciado(a) 6. Separado(a)			
	Data de Nascimento 18/10/1975	Idade aparente []	1. Recém-nascido / Lactante 2. Criança (1-12 anos) 3. Adolescente (13-17 anos)		4. Adulto - Jovem (18-30 anos) 5. Adulto (31-65 anos) 6. Idoso (Acima de 65 anos)	
	Escolaridade [7]		1. 1º Grau Completo 4. 2º Grau Incompleto 7. Não Informado 2. 1º Grau Incompleto 5. Superior Completo 3. 2º Grau Completo 6. Superior Incompleto			
	X RG ☐ CNH NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor -	UF -	X CPF NÃO PORTAVA	Órgão Expedidor SRF	
	Naturalidade MACHADOS - PE					
Logradouro (Rua, Avenida, Rodovia, etc.) SÍTIO PAQUIVIRA						
Bairro ZONA RURAL		CEP 55740-000	Município MACHADOS	UF PE	Telefone / Contato (DDD-Número)	
Altura Aparente []		Peso []		Cor da Pele []		
1. Até 0,9m 4. 1,51-1,70m 2. 0,9-1,0m 5. 1,71-1,80m 3. 1,1-1,5m 6. Acima de 1,80m		1. Até 20kg 4. 61-80kg 2. 21-40kg 5. 81-100kg 3. 41-60kg 6. Acima de 100kg		1. Parda 3. Negra 2. Branca 4. Amarela		
Bigode ☐ Sim ☐ Não						
Cabelo - Tipo / Cor (Descrever)		PROFISSÃO MOTORISTA		Tipo de Cicatriz / Local / Formato (Descrever)		

Delegado de Polícia



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA MILITAR
BOLETIM DE OCORRÊNCIA

BO Nº 19E0215000068

Série-A
Parte

Fato	Unidade Operacional 6ª CIPM	Circunscrição MACHADOS	Data ou Registro 02/03/2019	Hora do Registro 16:15	Nº da Folha / Total de Folhas 02/02			
Modus Operandi	Forma de Aproximação?		Forma de Ação da Abordagem?					
	Local de Entrada?		Forma de Entrada?					
	Alterações no Local?		Forma de Evasão?					
	Crimes Sexuais?		Estelionato?					
Objeto Envolvido	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?						
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?						
	Nº	Envolvido	Tipo de Objeto		Marca / Modelo	Número de Série		
		Quantidade	Valor		Moeda	Objeto Apreendido? ☐ Sim ☐ Não		
		Qual o motivo do registro do objeto?						
	Dados do Veículo	Nº	Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavan
			UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não	
			Qual o motivo do registro do veículo?					
Nº		Envolvido	Marca / Modelo		Cor	Ano	Renavan	
		UF	Chassi		Placa	Veículo Apreendido? ☐ Sim ☒ Não		
		Qual o motivo do registro do veículo?						

A vítima Aberison Pedro da Silva, estava pilotando a Moto de placa KHV 8936-PE, de propriedade da sra. Josefa Maria da Silva, quando ao desviar um buraco perdeu o controle e caiu, sofreu vários ferimentos, sendo socorrido para o Hospital Edson Alvaros desta cidade e em consequência das gravidades dos ferimentos foi socorrido para outra unidade médica hospitalar.

Exames Periciados: S. Solicitado R. Realizado						
Tipo de Exame		Envolvido ☐ S ☐ R	Tipo de Exame	Envolvido ☐ S ☐ R	Tipo de Exame	Envolvido ☐ S ☐ R
☐ Condutor ☐ Receptor		Matrícula		Viatura		Unidade
Responsável pelo Preenchimento		Interessado(a):		Preenchimento pela Validação		
Matrícula Nº		Ass.:		Matrícula Nº		
Ass.:		Ass.:		Ass.:		
Nome:		Nome:		Nome:		

Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT S.A
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 - 16º Andar - Edifício City Tower
Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 20011-000



Declaração de Inexistência de IML



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO.



PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS

08/03/2019
10:00:00



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 02/03/2019 HORA: 16:15 REGISTRO: 76109

NOME: Aberilzon Pedro da Silva

SEXO: M IDADE: 19 ESTADO CIVIL: S DATA NASC.: 08/06/1999

ENDEREÇO: St. Bumeirinha

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: Marilza Adalberto (mãe)

QUEIXAS:

Queda de motricidade há 30 min

Permanente em repouso

cl lesão de tendões extensores.

3° e 4° - perda de sustentação

5° cotovelo quebrado

Exame físico normal

Fratura exposta 2° 3° 4° 5° ODE

Canavero - Regional de Roraima: 1

senha: 5631799

PREFEITURA MUN. DE MACHADOS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTO QUE CÓPIA É ORIGINAL

Marilza Adalberto

Responsável pelo paciente

Machados, 02/03/19

Dipirona 1 amp + Analg 111 Roraima

ORTOPEDIA

() INTERNAÇÃO (X) TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

02/03/19
16:15
Marilza A
Adalberto

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABERILSON PEDRO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000510017052-9

Nr. da Autenticação B4C65EFFFFD4ACD6A



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATORIA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Concedente: Companhia de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Povoado, Recife, Pernambuco - CEP: 50050-907
CNPJ: 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005941-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
PAULZA ALAIDE DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
C/ PAI METRAS 320

CPF: 053.170.804-92 INSC: 1850317331

ZONA RURAL MACHADOS/MACHADOS RURAL
MACHADOS PE
55740-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDITA COM INCL

CONTA CONTRATO 7046920856
DATA DE VENCIMENTO 14/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$) 5,86

END. DA NOTA FISCAL 057757541
NOME UNICA 07/03/2019
APRESENTAÇÃO Nº DO CLIENTE Nº DA MATRÍCULA
07/03/2019 2013405695 1874409

RESUMO DA NOTA FISCAL

Consumo Aprox 301 kWh
Consumo (kWh) Fatura Municipal
Multa por atraso (R\$) 0,85
Compensação DNE Mensal 0,148

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.000000	0.1883510	5.60
		1.15
		0.05
		-0.85

Comprovante de residência



TOTAL DA FATURA

5,86

INÍCIO PERÍODO	TIPO DA FUNDAD	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	INÍCIO PERÍODO	CONSTANTE	ADJUSTE	CONSUMO (KWH)
07/03/2019	CAI	04/03/2019	4.802,00	07/03/2019	4.832,00	07/03/2019	1.00000		30,00

PERÍODO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
JAN 19	30	5.60
FEB 19	30	5.60
MAR 19	30	5.60
ABR 19	30	5.60
MAY 19	30	5.60
JUN 19	30	5.60
JUL 19	30	5.60
AUG 19	30	5.60
SET 19	30	5.60
OCT 19	30	5.60
NOV 19	30	5.60
DEZ 19	30	5.60
JAN 20	30	5.60
FEB 20	30	5.60
MAR 20	30	5.60
ABR 20	30	5.60
MAY 20	30	5.60
JUN 20	30	5.60
JUL 20	30	5.60
AUG 20	30	5.60
SET 20	30	5.60
OCT 20	30	5.60
NOV 20	30	5.60
DEZ 20	30	5.60
JAN 21	30	5.60
FEB 21	30	5.60
MAR 21	30	5.60
ABR 21	30	5.60
MAY 21	30	5.60
JUN 21	30	5.60
JUL 21	30	5.60
AUG 21	30	5.60
SET 21	30	5.60
OCT 21	30	5.60
NOV 21	30	5.60
DEZ 21	30	5.60
JAN 22	30	5.60
FEB 22	30	5.60
MAR 22	30	5.60
ABR 22	30	5.60
MAY 22	30	5.60
JUN 22	30	5.60
JUL 22	30	5.60
AUG 22	30	5.60
SET 22	30	5.60
OCT 22	30	5.60
NOV 22	30	5.60
DEZ 22	30	5.60
JAN 23	30	5.60
FEB 23	30	5.60
MAR 23	30	5.60
ABR 23	30	5.60
MAY 23	30	5.60
JUN 23	30	5.60
JUL 23	30	5.60
AUG 23	30	5.60
SET 23	30	5.60
OCT 23	30	5.60
NOV 23	30	5.60
DEZ 23	30	5.60
JAN 24	30	5.60
FEB 24	30	5.60
MAR 24	30	5.60
ABR 24	30	5.60
MAY 24	30	5.60
JUN 24	30	5.60
JUL 24	30	5.60
AUG 24	30	5.60
SET 24	30	5.60
OCT 24	30	5.60
NOV 24	30	5.60
DEZ 24	30	5.60
JAN 25	30	5.60
FEB 25	30	5.60
MAR 25	30	5.60
ABR 25	30	5.60
MAY 25	30	5.60
JUN 25	30	5.60
JUL 25	30	5.60
AUG 25	30	5.60
SET 25	30	5.60
OCT 25	30	5.60
NOV 25	30	5.60
DEZ 25	30	5.60
JAN 26	30	5.60
FEB 26	30	5.60
MAR 26	30	5.60
ABR 26	30	5.60
MAY 26	30	5.60
JUN 26	30	5.60
JUL 26	30	5.60
AUG 26	30	5.60
SET 26	30	5.60
OCT 26	30	5.60
NOV 26	30	5.60
DEZ 26	30	5.60
JAN 27	30	5.60
FEB 27	30	5.60
MAR 27	30	5.60
ABR 27	30	5.60
MAY 27	30	5.60
JUN 27	30	5.60
JUL 27	30	5.60
AUG 27	30	5.60
SET 27	30	5.60
OCT 27	30	5.60
NOV 27	30	5.60
DEZ 27	30	5.60
JAN 28	30	5.60
FEB 28	30	5.60
MAR 28	30	5.60
ABR 28	30	5.60
MAY 28	30	5.60
JUN 28	30	5.60
JUL 28	30	5.60
AUG 28	30	5.60
SET 28	30	5.60
OCT 28	30	5.60
NOV 28	30	5.60
DEZ 28	30	5.60
JAN 29	30	5.60
FEB 29	30	5.60
MAR 29	30	5.60
ABR 29	30	5.60
MAY 29	30	5.60
JUN 29	30	5.60
JUL 29	30	5.60
AUG 29	30	5.60
SET 29	30	5.60
OCT 29	30	5.60
NOV 29	30	5.60
DEZ 29	30	5.60
JAN 30	30	5.60
FEB 30	30	5.60
MAR 30	30	5.60
ABR 30	30	5.60
MAY 30	30	5.60
JUN 30	30	5.60
JUL 30	30	5.60
AUG 30	30	5.60
SET 30	30	5.60
OCT 30	30	5.60
NOV 30	30	5.60
DEZ 30	30	5.60
JAN 31	30	5.60
FEB 31	30	5.60
MAR 31	30	5.60
ABR 31	30	5.60
MAY 31	30	5.60
JUN 31	30	5.60
JUL 31	30	5.60
AUG 31	30	5.60
SET 31	30	5.60
OCT 31	30	5.60
NOV 31	30	5.60
DEZ 31	30	5.60
JAN 32	30	5.60
FEB 32	30	5.60
MAR 32	30	5.60
ABR 32	30	5.60
MAY 32	30	5.60
JUN 32	30	5.60
JUL 32	30	5.60
AUG 32	30	5.60
SET 32	30	5.60
OCT 32	30	5.60
NOV 32	30	5.60
DEZ 32	30	5.60
JAN 33	30	5.60
FEB 33	30	5.60
MAR 33	30	5.60
ABR 33	30	5.60
MAY 33	30	5.60
JUN 33	30	5.60
JUL 33	30	5.60
AUG 33	30	5.60
SET 33	30	5.60
OCT 33	30	5.60
NOV 33	30	5.60
DEZ 33	30	5.60
JAN 34	30	5.60
FEB 34	30	5.60
MAR 34	30	5.60
ABR 34	30	5.60
MAY 34	30	5.60
JUN 34	30	5.60
JUL 34	30	5.60
AUG 34	30	5.60
SET 34	30	5.60
OCT 34	30	5.60
NOV 34	30	5.60
DEZ 34	30	5.60
JAN 35	30	5.60
FEB 35	30	5.60
MAR 35	30	5.60
ABR 35	30	5.60
MAY 35	30	5.60
JUN 35	30	5.60
JUL 35	30	5.60
AUG 35	30	5.60
SET 35	30	5.60
OCT 35	30	5.60
NOV 35	30	5.60
DEZ 35	30	5.60
JAN 36	30	5.60
FEB 36	30	5.60
MAR 36	30	5.60
ABR 36	30	5.60
MAY 36	30	5.60
JUN 36	30	5.60
JUL 36	30	5.60
AUG 36	30	5.60
SET 36	30	5.60
OCT 36	30	5.60
NOV 36	30	5.60
DEZ 36	30	5.60
JAN 37	30	5.60
FEB 37	30	5.60
MAR 37	30	5.60
ABR 37	30	5.60
MAY 37	30	5.60
JUN 37	30	5.60
JUL 37	30	5.60
AUG 37	30	5.60
SET 37	30	5.60
OCT 37	30	5.60
NOV 37	30	5.60
DEZ 37	30	5.60
JAN 38	30	5.60
FEB 38	30	5.60
MAR 38	30	5.60
ABR 38	30	5.60
MAY 38	30	5.60
JUN 38	30	5.60
JUL 38	30	5.60
AUG 38	30	5.60
SET 38	30	5.60
OCT 38	30	5.60
NOV 38	30	5.60
DEZ 38	30	5.60
JAN 39	30	5.60
FEB 39	30	5.60
MAR 39	30	5.60
ABR 39	30	5.60
MAY 39	30	5.60
JUN 39	30	5.60
JUL 39	30	5.60
AUG 39	30	5.60
SET 39	30	5.60
OCT 39	30	5.60
NOV 39	30	5.60
DEZ 39	30	5.60
JAN 40	30	5.60
FEB 40	30	5.60
MAR 40	30	5.60
ABR 40	30	5.60
MAY 40	30	5.60
JUN 40	30	5.60
JUL 40	30	5.60
AUG 40	30	5.60
SET 40	30	5.60
OCT 40	30	5.60
NOV 40	30	5.60
DEZ 40	30	5.60
JAN 41	30	5.60
FEB 41	30	5.60
MAR 41	30	5.60
ABR 41	30	5.60
MAY 41	30	5.60
JUN 41	30	5.60
JUL 41	30	5.60
AUG 41	30	5.60
SET 41	30	5.60
OCT 41	30	5.60
NOV 41	30	5.60
DEZ 41	30	5.60
JAN 42	30	5.60
FEB 42	30	5.60
MAR 42	30	5.60
ABR 42	30	5.60
MAY 42	30	5.60
JUN 42	30	5.60
JUL 42	30	5.60
AUG 42	30	5.60
SET 42	30	5.60
OCT 42	30	5.60
NOV 42	30	5.60
DEZ 42	30	5.60
JAN 43	30	5.60
FEB 43	30	5.60
MAR 43	30	5.60
ABR 43	30	5.60
MAY 43	30	5.60
JUN 43	30	5.60
JUL 43	30	5.60
AUG 43	30	5.60
SET 43	30	5.60
OCT 43	30	5.60
NOV 43	30	5.60
DEZ 43	30	5.60
JAN 44	30	5.60
FEB 44	30	5.60
MAR 44	30	5.60
ABR 44	30	5.60
MAY 44	30	5.60
JUN 44	30	5.60
JUL 44	30	5.60
AUG 44	30	5.60
SET 44	30	5.60
OCT 44	30	5.60
NOV 44	30	5.60
DEZ 44	30	5.60
JAN 45	30	5.60
FEB 45	30	5.60
MAR 45	30	5.60
ABR 45	30	5.60
MAY 45	30	5.60
JUN 45	30	5.60
JUL 45	30	5.60
AUG 45	30	5.60
SET 45	30	5.60
OCT 45	30	5.60
NOV 45	30	5.60
DEZ 45	30	5.60
JAN 46	30	5.60
FEB 46	30	5.60
MAR 46	30	5.60
ABR 46	30	5.60
MAY 46	30	5.60
JUN 46	30	5.60
JUL 46	30	5.60
AUG 46	30	5.60
SET 46	30	5.60
OCT 46	30	5.60
NOV 46	30	5.60
DEZ 46	30	5.60
JAN 47	30	5.60
FEB 47	30	5.60
MAR 47	30	5.60
ABR 47	30	5.60
MAY 47	30	5.60
JUN 47	30	5.60
JUL 47	30	5.60
AUG 47	30	5.60
SET 47	30	5.60
OCT 47	30	5.60
NOV 47	30	5.60
DEZ 47	30	5.60
JAN 48	30	5.60
FEB 48	30	5.60
MAR 48	30	5.60
ABR 48	30	5.60
MAY 48	30	5.60
JUN 48	30	5.60
JUL 48	30	5.60
AUG 48	30	5.60
SET 48	30	5.60
OCT 48	30	5.60
NOV 48	30	5.60
DEZ 48	30	5.60
JAN 49	30	5.60
FEB 49	30	5.60
MAR 49	30	5.60
ABR 49	30	5.60
MAY 49	30	5.60
JUN 49	30	5.60
JUL 49	30	5.60
AUG 49	30	5.60
SET 49	30	5.60
OCT 49	30	5.60
NOV 49	30	5.60
DEZ 49	30	5.60
JAN 50	30	5.60
FEB 50	30	5.6

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o paciente ABERILSON PEDRO DA SILVA esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia, de 02/03/2019 ao dia 12/03/19, para tratamento médico-hospitalar. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades usuais, para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S92.3

12/03/19

ABÍLIO AUGUSTO PI-
MENTEL CRUZ
CRMEPE 27950

Assinatura do Médico

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Atesto para os devidos fins que o paciente ABERILSON PEDRO DA SILVA esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia, de 02/03/2019 ao dia 12/03/19, para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: S92.3

Deixo a cargo de o MÉDICO PERITO avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 01/03/19

ABÍLIO AUGUSTO PI-
MENTEL CRUZ
CRMEPE 27950

Assinatura do Médico

Documentação médico - hospitalar





ABERILSON PEDRO DA SILVA		01112759	
692827	MASCULINO	19a 9m 4d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CL.TRAU

Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico:

HDA: ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PE ESQUERDO

HDX: FRATURA EXPOSTA DE 2º, 3º, 4º E 5º METATARSOS ESQUERDOS

Tratamento:

23/02/19.: PRIMEIRO PROCEDIMENTO CIRURGICO: LMC + DESBRIDAMENTO + REDUÇÃO CRUENTAE FIXAÇÃO COM FIOS 1.5 MM DE KIRSCHNER INTRAMEDULAR EM 2º, 3º E 4º METATARSOS ESQUERDOS + SUTURA + IMOBILIZAÇÃO (TALA BOTA)

OBS:

APÓS VISITA DO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO FOI DECIDIDO POR ALTA HOSPITALAR
RETORNO AO GRUPO DO PÉ E TORNOZELO COM 15 DIAS.
USO DE CEFALEXINA POR 7 DIAS, DÍPIRONA SE DOR.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

MELHORADO, RETORNO AO AMBULATORIO DO PÉ E TORNOZELO COM 15 DIAS. NÃO PISAR OU FAZER DESCARGA DE FORÇA NO MEMBRO

DATA DA INTERNAÇÃO

02/03/2019

DATA DA ALTA

12/03/2019

Recife, 12 DE MARÇO DE 2019

ABÍLIO AUGUSTO PIMENTEL CRUZ - CRM: Nº.27950

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICA

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. ABERILSON PEDRO DA SILVA foi vítima de acidente de trânsito no dia 02/03/2019 sofrendo FRATURA EXPOSTA DO 2º, 3º, 4º E 5º METATARSO DO PÉ ESQUERDO, com perda de substância óssea, submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Getúlio Vargas (limpeza cirúrgica, redução cruenta e fixação com fios de kirschner). Atualmente apresenta ao exame físico limitação acentuada da flexão e extensão do 2º ao 5º dedos do pé esquerdo acompanhado de edema residual de fratura. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 13/05/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.730 - RBOOT: 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA

CRM: 11.730

A black and white identification card from the State of Pernambuco, Brazil. The card features a mugshot of a man with short dark hair, wearing a dark shirt with a placard displaying the number '22'. Below the mugshot is a fingerprint labeled 'POLEGAR DIREITO'. The text on the card includes 'ESTADO DE PERNAMBUCO', 'SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL', 'INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E RECLUSOES CARCEIRARIAS', and the name 'Pedro da Silva' written in a cursive script. The card is framed by a decorative border with the text 'REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL' and 'CARTEIRA DE IDENTIDADE'.

Documentos de Identificacao

**COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO**

၀၇ အဝေးကျွန်းများ တိုင်းပြည်

(ကျိုင်းတုံမှန် နေ့စဉ် စာအုပ်)၊ ၁၅/၈/၂၀၁၆၊ ဒုတိယ ပုံနှိပ် ၄၃:၅၆-၇၀ နေ့

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN-PE Nº 010201321251
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

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

PE Nº 010201321251 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURADOR: GUARIZ O BILHETE DPVAT
 ANO: 2013
 PLACA: KHV9938
 NOME: MARIA LA SILVA

35745-000

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 010201321251 EXERCÍCIO: 2013 DATA EMISSÃO: 22/03/13

PLACA: KHV9938

MARCA/MODELO: FIAT 126 TITAN KS
 Nº do Chassi: 000001000242221

PREMIO TARIFARIO

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A
 CNPJ: 09.248.508/0001-04

OUT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193736/19

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF: 714.036.444-38

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABERILSON PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ABERILSON PEDRO DA SILVA : 714.036.444-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

Outros



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: 06/06/2019
Nome: ABERILSON PEDRO DA SILVA
CPF: 714.036.444-38

ABERILSON PEDRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ABEILSON PEDRO DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 02.03.2019 CPF DA VITIMA 71403644738
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ABEILSON PEDRO DA SILVA
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VITIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO PALMEIRAS
Nº 320 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55440.000
E-MAIL abeilsonpedro@bol.com.br TELEFONE (81) 984844939 / 3326 5834

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA MENOR DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 (PREMIO-LSO). 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 28-05-2019
IDENTIDADE 10459524
ASSINATURA Abelilson Pedro da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 28/05/19
NOME José Lennon de Lima Silva
ASSINATURA José Lennon de Lima Silva

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193736/19

Número do Sinistro: 3190368461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF: 714.036.444-38

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: ABERILSON PEDRO DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



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 cancela 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: 24/07/2019
Nome: ABERILSON PEDRO DA SILVA
CPF: 714.036.444-38

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ABERILSON PEDRO DA SILVA

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Rio de Janeiro, 25 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190368461
Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA
Data do Acidente: 02/03/2019
Cobertura: INVAUZDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ABERILSON PEDRO DA SILVA

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

Boletim de ocorrência ilegível, o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

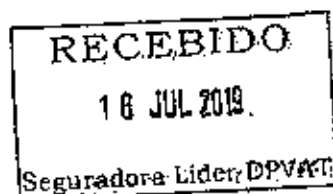
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Pag. 00113000114 - Carta_03 - INVAUZDEZ



Carta nº 14489706



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ABERILSON PEDRO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 02-03-2019 CPF DA VÍTIMA 71403644438
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ABERILSON PEDRO DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR SÍTIO PALMEIRAS
 Nº 320 COMPLEMENTO CASA BAIRRO ZONA RURAL
 CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000
 E-MAIL enderilso@bol.com.br TELEFONE (81) 99696 4979

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) 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 (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 11-07-2019
 IDENTIDADE 2953799
 ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190368461 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 02/03/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 2º AO 5º METATARSOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO TENDÍNEA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. PÁG 1/2

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: **DE ACORDO COM RELATÓRIO MÉDICO, DATADO EM 13/05/2019, PÁGINA 3.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193736/19

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF: 714.036.444-38

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/03/2019

Titular do CPF: ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ABERILSON PEDRO DA SILVA : 714.036.444-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 06/06/2019
Nome: ABERILSON PEDRO DA SILVA
CPF: 714.036.444-38

ABERILSON PEDRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/06/2019
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

JULIANA MARQUES RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0193736/19

Número do Sinistro: 3190368461

Vítima: ABERILSON PEDRO DA SILVA

CPF: 714.036.444-38

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 02/03/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABERILSON PEDRO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 24/07/2019
Nome: ABERILSON PEDRO DA SILVA
CPF: 714.036.444-38

ABERILSON PEDRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/07/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO