

---

**Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190546894**

**Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

**Data do Acidente: 26/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

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, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190546894                      Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do Acidente: 26/02/2017                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS

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

|                       |                                                                                                                                     |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Boletim de ocorrência | Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações. |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

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

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

Atenciosamente,  
**Seguradora Líder-DPVAT**  
Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190546894**

**Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

**Data do Acidente: 26/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190546894**

**Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

**Data do Acidente: 26/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 03 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190546894**

**Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

**Data do Acidente: 26/02/2017**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO**

**Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546894

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do Acidente: 26/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 3.206,25 |

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 237

Agência: 000003101-1

Conta: 00000121359-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|                                                                                                                                       |                   |                            |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|----------------------------|--------------|
| Nº do sinistro ou ASL:                                                                                                                | CPF da vítima:    | Nome completo da vítima:   |              |
|                                                                                                                                       | 108.374.684-77    | Edemervalves de Souza Dias |              |
| <b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012</b> |                   |                            |              |
| Nome completo:                                                                                                                        |                   | CPF:                       |              |
| Edemervalves de Souza Dias                                                                                                            |                   | 108.374.684-77             |              |
| Profissão:                                                                                                                            | Endereço:         | Número:                    | Complemento: |
| trabalhador rural                                                                                                                     | Riocho do Salgado |                            |              |
| Bairro:                                                                                                                               | Cidade:           | Estado:                    | CEP:         |
| Zona Rural                                                                                                                            | Casa nova         | BA                         | 47300-000    |
| E-mail:                                                                                                                               |                   | Tel.(DDD):                 |              |
|                                                                                                                                       |                   | 74-988394536               |              |

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

**RENDA MENSAL:**

|                                               |                                                      |                                                      |                                                       |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR      | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input checked="" type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                          |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> <b>CONTA POUPANÇA</b> (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)<br><input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itai (341)<br><input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |  | <input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (Todos os bancos)<br>Nome do BANCO: _____<br>AGÊNCIA: _____ CONTA: _____<br><small>(Informar o dígito se existir)</small> |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

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.

Pelo motivo assinalado, 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 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 discordo do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                                  |                                                                                                                                                                                                |                                                              |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Estado civil da vítima:          | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                        | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?              | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                      | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                  | Vivos:                                                                                                                                                                                         | Falecidos:                                                   |
|                                  | Vítima deixou nascituro (vai nascer)?                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    |
|                                  | Vítima deixou pais/avós vivos?                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Petrolina 16/09/2019

Nome: Edemervalves de Souza Dias

CPF: 108.374.684-77

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Edemervalves de Souza Dias

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEI

1º | N

CPF: \_\_\_\_\_

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Autorização de pagamento



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. **NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.**

Jm.

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/Inv/Infopol/zn/VBOEPreview.html

Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DE PLANTÃO - 213ª CIRCUNSCRIÇÃO  
PETROLINA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E2149006314**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/09/2019 às 10:53

Número do Aviso de Atendimento: 0497/17

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)**  
que aconteceu no dia 26/2/2017 às 12:50

Fato ocorrido no endereço: ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, RODOVIA  
ESTADUAL PE 647 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO  
/BRASIL  
Local do Fato: OUTRO LOCAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AINVESTIGAR (AUTOR AGENTE)  
LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA (OUTRO)  
MARCELO TOMAZ ROSENDO - MAT 31670-1 (OUTRO)  
ANTUNES MARTINS - MAT 115213-0 (OUTRO)  
SD BEZERRA - MAT 115358-1 (OUTRO)  
EDENEALVES DE SOUZA DIAS (VÍTIMA)

RECEBIDO

17 SET 2019

Seguradora Lider DPVAT

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): EDENEALVES DE SOUZA DIAS  
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)  
Sr(a): LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA

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

LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ZAYRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA Pai: ARLINDO DOS REIS DE SOUZA  
Data de Nascimento: 20/10/1986 Naturalidade: JUAZEIRO / BAHIA / BRASIL  
Endereço Residencial: BAIRRO DE JARDIM AMAZONAS (BAIRRO), 234, RUA 2 - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM AMAZONAS - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

EDENEALVES DE SOUZA DIAS (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA Pai: JOSE ELIELSON DIAS DA SILVA Data de Nascimento: 13/04/1955 Naturalidade: JUAZEIRO / BAHIA / BRASIL  
Residência: POVOADO RIACHO DO SOGRADO - CASA NOVA/BAHIA/BRASIL

100-443886-100

213° Circum.

1º Distrito de Paz

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato: -

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial - Telefone de Contato: -

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA, que estava em posse do(a) Sr(a): LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA Categoria/Marca/Modelo: AUTOMOVEL/MITSUBISHI/INFORMADO Objeto apreendido: SEM COR PRATA - Quantidade: 01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KMD5664 (PERNAMBUCO) BÃO INFORMÁTICO) Revenda: 122544720 Class:  
03XRUM7409CB51032  
Ano Fabricação/Modelo: 2008/2009  
Descrição: 1225 OUTDOOR

**VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**,  
que estava em posse do(a) Sr(a): **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125** BROS ES Objeto apreendido: **Sim**  
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: KLD4662 (PERNAMBUCO) INFORMADO) Renavam: 565172528 Chassi: 902K003198R0431E1  
Ano Fabricação/Modelo: 2000/2000

## Complemento / Observação

CHEGOU AO CONHECIMENTO DESTA DPOL DE PLANTÃO ATRAVÉS DO BO PMPE N°0487/17, QUE HOUVE UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NA ZONA RURAL DESTA URBE, NA PE 647, PX AO ASSENTAMENTO ÁGUA VIVA 1, ONDE DOIS VEÍCULOS COLIDIRAM, UMA PICK L200 E UMA MOTOCICLETA BROSS, ESTA INVALIDOU A FAIXA CONTRÁRIA CHOCANDO-SE COM O VEÍCULO L200, QUE TRAFEGAVA SENTIDO PETROLINA, O MOTOCUEIRO TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA, FICANDO HOSPITALIZADO NO BLOCO CIRÚRGICO, OS VEÍCULOS TIVERAM VÁRIAS AVÁRIAS (DANOS) ESSES FORAM APRESENTADOS NESTA DP. OBS: O PRESENTE BOE POPE FOI REGISTRADO NESTA DATA, EM RAZÃO O BO PMPE N° 0487/17 TER SIDO ENCAMINHADO, NA ÉPOCA, PELA DP DE PLANTÃO A DP DA ÁREA PARA PROVIDÊNCIAS CATIVEIS.

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

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/infopol/m/BOEPreview.html

Condutor da ocorrência:Nome: **SAMUEL DO N. REIS**Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **990004-5** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **5º BPM - 5º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR**E.O. registrado por: **FLAVIO LUCAS DE SOUZA COSTA** - Matrícula: **2737289**Flávio Lucas de S. Costa  
Comissário de Polícia Civil  
Matrícula: 273.760-9



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 213ª CIRCUNSCRIÇÃO  
PETROLINA**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2149006314**

**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/09/2019 às  
10:53**

**Número do Aviso de Atendimento: 0497/17**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)  
que aconteceu no dia 26/2/2017 às 18:50**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, RODOVIA  
ESTADUAL PE 647 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO  
/BRASIL**  
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**A INVESTIGAR (AUTOR / AGENTE )  
LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA ( OUTRO )  
MARCELO TOMAZ ROSENDO - MAT 31870-1 ( OUTRO )  
ANTUNES MARTINS - MAT 115213-0 ( OUTRO )  
SD BEZERRA - MAT 116398-1 ( OUTRO )  
EDENEALVES DE SOUZA DIAS ( VÍTIMA )**

Boletim de ocorrência



**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): EDENEALVES DE SOUZA DIAS  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)  
Sr(a): LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA**

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

**LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo:  
Masculino Mãe: ZAYRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA Pai: ARLINDO DOS REIS DE SOUZA  
Data de Nascimento: 26/10/1986 Naturalidade: JUAZEIRO / BAHIA / BRASIL  
Endereço Residencial: BAIRRO DE JARDIM AMAZONAS (BAIRRO), 234, RUA S - CEP:  
55600-000 - Bairro: JARDIM AMAZONAS - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDENEALVES DE SOUZA DIAS (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe:  
CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA Pai: JOSE ELIELSON DIAS DA SILVA Data de  
Nascimento: 13/8/1983 Naturalidade: JUAZEIRO / BAHIA / BRASIL  
Residência: POVOADO RIACHO DO COBRADO - CASA NOVA/BAHIA/BRASIL**

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inf71/infopol/xm1/2019/09/16/09161040/Boletim de Ocorrência

**A INVESTIGAR - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**MARCELO TOMAZ ROSENDO - MAT 31879-1 - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**ANTUNES MARTINS - MAT 115213-0 - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**SD BEZERRA - MAT 115398-1 - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

**VEICULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/MITSUBISHI/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Sim**  
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKD5864** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **122944720** Chassi: **93XRUK7400C853002**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008**  
 Descrição: **L200 OUTDOOR**

**VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Sim**  
 Cor: **AMARELA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLD6651** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **965172520** Chassi: **9C2KD03308R043351**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008**

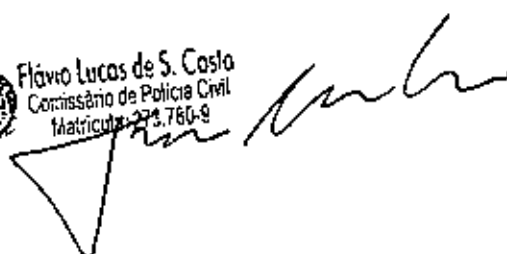
**Complemento / Observação**

**CHEGOU AO CONHECIMENTO DESTA DPOL DE PLANTÃO ATRAVÉS DO BO PMPE N° 6487/17, QUE HOVE UM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO NA ZONA RURAL DESTA URBE, NA PE 647, PX AO ASSENTAMENTO ÁGUA VIVA 1, ONDE DOIS VEICULOS COLIDIRAM, UMA PICK L200 E UMA MOTOCICLETA BROSS, ESTA INVALIDIU A FAIXA CONTRARIA CHOcando-SE COM O VEICULO L200, QUE TRAFEGAVA SENTIDO PETROLINA, O MOTOQUEIRO TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA, FICANDO HOSPITALIZADO NO BLOCO CIRURGICO, OS VEICULOS TIVERAM VÁRIAS AVÁRIAS (DANOS) ESSES FORAM APRESENTADOS NESTA DP. OBS: O PRESENTE BOE PCPE FOI REGISTRADO NESTA DATA, EM RAZÃO O BO PMPE N° 6487/17 TER SIDO ENCAMINHADO, NA ÉPOCA, PELA DP DE PLANTÃO A DP DA ÁREA PARA PROVIDÊNCIA CÍVILIS.**

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

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv71/infopol/xml/BOEPreview.html

Condutor da ocorrência:Nome: **SAMUEL DO N. REIS**Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **222224-5** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **3º. BPM - 3º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR**B.O. registrado por: **FLAVIO LUCAS DE SOUZA COSTA** - Matrícula: **2737669**26<sup>th</sup> 11<sup>th</sup>  
Circunscrição  
1º Distrito de Petrolina  
Flávio Lucas de S. Costa  
Comissário de Polícia Civil  
Matrícula: 273.760-9

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA:

31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

3.206,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

BANCO: 237

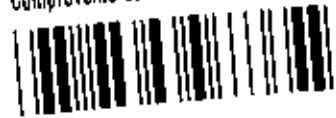
AGÊNCIA: 03101-1

CONTA: 000000121359-8

Nr. Autenticação

BRDESCO3101202005000000000023703101000000121359320625 PAGO

Comprovante de residência



**COELBA**

DADOS DO CLIENTE

CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA

CPF: 598 861 324-53  
CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

399845793 UNICA 13/09/2019  
1208/2019 1010760497 1038751

Terça Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.436 de 25/04/02

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA FATURA / NOTA FISCAL  
VÁLIDA PARA USO ATÉ 11/09/2020  
Companhia de Eletricidade do Estado de Bahia  
Av. Espírito Santo, 300 - Centro Velho, Salvador - BA, CEP 41181-900  
CNPJ 15.139.029/0001-94 | Insc. Est. 004796860 | www.coelba.com.br

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

PO RACHO DO SOBRADO 17

RIACHO DO SOBRADO/RIACHO DO SOBRADO  
CASA NOVA BA  
47300-000

7889241834 06/2019  
19/08/2019 11/09/2019  
TOTAL DA FATURA 101,35

|                                             | QUANTIDADE  | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---------------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo (kWh)                         | 117,0000000 | 0,7830520   | 91,81       |
| Acrescimo Bandeira AMARELA                  |             |             | 1,54        |
| Acrescimo Bandeira VERMELHA                 |             |             | 2,48        |
| Contrib. Sum. Pública Municipal             |             |             | 3,97        |
| Multa por atraso - NF 374242780 - 11/08/19  |             |             | 1,28        |
| Juros por atraso - NF 374242780 - 11/08/19  |             |             | 0,54        |
| Atualização IGP-M - NF 374242780 - 11/08/19 |             |             | 0,45        |

| TOTAL DA FATURA 101,35                            |                |               |           |            |           |            |             |        |               |
|---------------------------------------------------|----------------|---------------|-----------|------------|-----------|------------|-------------|--------|---------------|
| DEMONSTRATIVO DO CONSUMO DESTINADO À FISCALIZAÇÃO |                |               |           |            |           |            |             |        |               |
| Nº DO MEDIÇÃO                                     | Tipo de FUNÇÃO | ANTERIOR DATA | LEITURA   | ATUAL DATA | LEITURA   | Nº DE CUBA | CONSISTENTE | AJUSTE | CONSUMO (KWH) |
| 80000780                                          | CA1            | 11/07/2019    | 30.829,00 | 15/08/2019 | 30.973,00 | 32         | 1,0000      |        | 117,00        |

| ANÁLISE DE CONSUMO |               |              |             | ANÁLISE DE CONSUMO |               |              |             |
|--------------------|---------------|--------------|-------------|--------------------|---------------|--------------|-------------|
| Mês                | Consumo (kWh) | Variação (%) | Valor (R\$) | Mês                | Consumo (kWh) | Variação (%) | Valor (R\$) |
| AGO 19             | 117           |              |             | AGO 19             | 117           |              |             |
| Jul 19             | 112           |              |             | Jul 19             | 112           |              |             |
| Jun 19             | 112           |              |             | Jun 19             | 112           |              |             |
| Maio 19            | 125           |              |             | Maio 19            | 125           |              |             |
| Abr 19             | 106           |              |             | Abr 19             | 106           |              |             |
| Mar 19             | 112           |              |             | Mar 19             | 112           |              |             |
| Fev 19             | 121           |              |             | Fev 19             | 121           |              |             |
| Jan 19             | 123           |              |             | Jan 19             | 123           |              |             |
| Out 18             | 128           |              |             | Out 18             | 128           |              |             |
| Nov 18             | 178           |              |             | Nov 18             | 178           |              |             |
| Out 18             | 145           |              |             | Out 18             | 145           |              |             |
| Set 18             | 124           |              |             | Set 18             | 124           |              |             |
| AGO 18             | 141           |              |             | AGO 18             | 141           |              |             |

7318.8880.6074 8878.4280.8705 0084 49F1

7318.8880.6074 8878.4280.8705 0084 49F1

ID Paciente : 8

Nome : EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data : 02/09/2019 10:06:34

19/02/1993

323059\_1



Documentacao medico - hospitalar



**EBSERH**

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

AMBULATÓRIO - HE/UNIVASF

Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco

Dr. Washington Antônio Barros

Avenida José de Sá Manicoba, S/Nº - Centro - 56304-205 Petrolina - PE 87 2101-6511/2101-6500

**UNIVASF**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
VALE DO SÃO FRANCISCO

## RECEITUÁRIO

NOME: EDENILSON DE LOUZA DIASLongo Médico

Dedando pl. os devidos fins que o  
PACIENTE ACIMA CITADO APRESENTOU-SE COM  
FRATURA EM MÃO ESQUERDA E CÍRRIA ES-  
QUERDA. Evoluiu com consolidação viciosa  
DE FRATURA DA MÃO ESQUERDA E OSTEOMI-  
ELITE CRÔNICA DA CÍRRIA ESQUERDA. FOI  
SUBMETIDO A TRATAMENTO LIMITADO PL  
OSTEOMIELITE, NO MOMENTO, COM CONSOLI-  
DAÇÃO ÓSSEA.

DATA: 02 / 09 / 11Dr. Tarcísio Pires  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 19.490

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE: **EDENEALVES DE SOUSA DIAS**

IDADE: **24**

DATA DE ADMISSÃO: **26/02/17**

DATA DE ALTA: **22/03/17**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

**FRATURA TIBIA ESQUERDA**

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

**SUBMETIDO A OSTEOSSÍNTESE EM TIBIA ESQUERDA**

**ALTA PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL**

**CID S82**

Michella Mendes Pereira  
Assistente Administrativa  
UNIVASF / EBSERH  
SIAPE: 219.7

MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

**NÃO PISAR ATÉ 2º ORDEM  
SEGUIMENTO AMBULATORIAL  
CURATIVO EM UBS**

**ORTOPEDIA - 15 DIAS**

HU -  
CONF. Data: 22/03/2017

PETROLINA-PE **22/03/17**



Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249676



# Cirurgia quel #

Recebeu do Limes para cultura  
- teste de domínio consolidado  
Rede de Limes Unival: na cultura

CD: - Alto ao Limes quel  
- planejamento de cirurgia

Dr. Haroldo Araújo Santiago  
Cirurgião Geral  
CREMEPE 25.297

Dr. THOMAS

20/08/17

Per vítima de acidente motorista  
na cidade. Informar história e  
anamnese, com dor + formigamento em  
mão E e dor + formigamento + dor  
de pernas E. Nos membros  
inferiores. Alterar a dor  
Ocorreu.

Relatou contusão e edemato, brônco, dor  
ECG: 15. Si insuportável em pé  
Don + membros moles E

Vermelho E

Formigamento E + dor  
+ deformidade

| LISTA DE EXAMES REALIZADOS |        |          |
|----------------------------|--------|----------|
| REG.                       | IDT:   | HR:      |
|                            | 126102 | 17:20:55 |
| EXAME SOLICITADO           |        |          |
| RX 4000 Lateral Perna      |        |          |
| TC RESF: Gilvane           |        |          |

Mo. Prox. ETP. Osos moles E + dor  
osos pernas

CD: - Informar história



SUS

Sistema  
Único de  
SaúdeMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDENEALVES DE SOUZA DIAS

8 - CNS

704606611510623

9 - RG

9063362

10 - CPF

10837468477

11 - NASCIMENTO

19/02/1993

12 - SEXO

M

6 - ACOMPANHANTE

☒ Sim ☐ Não

7 - PRONTUÁRIO

50502814

13 - RAÇA/COR

14 - ETNIA

15 - NOME DA MÃE

CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

16 - TELEFONE DE CONTATO

(74) 988478954

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - ENDEREÇO

RUA DOIS, nº 170 - ASSENTAMENTO AGUA VIVA I

20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

21 - CÓD. IBGE

2611101

22 - UF

PE

23 - CEP

56300001

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Avaliação Motociclistica com Fratura em ambos  
ossos perna e tornozelosCarlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSEBH  
SIAPE: 2249676

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exame + RX

26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES)

RX

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura em ambos ossos perna e tornozelos

28 - CID 10 PRINCIPAL

S82

29 - CID 10

30 - CID 10 C. ASSOCIADAS

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

36 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. Paulo Dionísio

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/02/17

39 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - CNPJ DA SEGURADORA

46 - CNPJ EMPRESA

44 - N. REG. CONSELHO

47 - CNAE EMPRESA

45 - SÉRIE

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) NÃO SEGURADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

50 - NOME PROF. AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

51 - CÓD. ORGÃO

56 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

53 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR

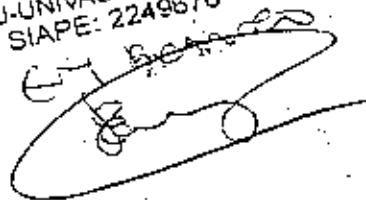
54 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

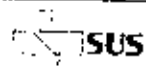
27-02-17

55 - ASSINATURA E CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

261110624 04-3

Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249876

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos Sandro', is written over a large, loopy circular flourish.



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - ENDEREÇO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - ENDEREÇO

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FILADELFO DA SILVA MACHADO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - RAÇA

11 - IDADE

12 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO

14 - NOME DA MÃE

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - NOME DO RESPONSÁVEL

17 - TELEFONE DE CONTATO

18 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

19 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

20 - CID DO MUNICÍPIO

21 - CEP

22 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

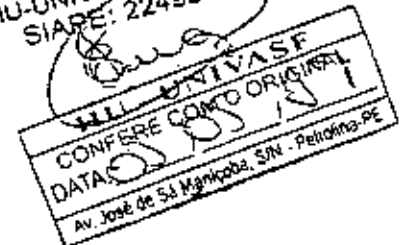
## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com sinais e sintomas de insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia progressiva, edema de membros inferiores e aumento do peso.

23 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

24 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASE-EBSEH  
SIARE: 2249678



25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID DO PRINCIPAL

27 - CID DO SEGUNDO

28 - CID DO CAUSAS ASSOCIADAS

Insuficiência cardíaca congestiva e não S82.2

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento em UTI

30 - CLÍNICA

31 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

32 - DOCUMENTO

33 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/ASSISTENTE

0402050500

34 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - SINALS E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Carlos Sandro Eugenio

23/03/17

[Carimbo]

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

37 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO CONTRATO

40 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

41 - CNPJ EMPRESA

42 - Nº DO CONTRATO

43 - SÉRIE

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) SEM VÍNCULO

( ) NÃO SEGURO

## AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Nº DO DOCUMENTO

47 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE/ASSISTENTE

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

26110624 618-0

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

23/03/17

[Assinatura e Carimbo]

[Assinatura]

Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249876

*Car. Sandro*  
*Eug*

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |              |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------|
| NOME: <u>EDENILSON DE SOUZA RIBEIRO</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              | DATA INTERNAÇÃO: <u>26/02/12</u> |
| DIAGNOSTICO: <u>Furto no Tórax esquerdo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              | DATA CIRURGIA: <u>26/02/12</u>   |
| PROCEDIMENTO: <u>Intubação orotraqueal e fixação de tubo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              | INÍCIO:                          |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. João José</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Anestesista: | TÉRMINO:                         |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. Leonardo</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                  |
| 1º aux:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 2º Aux:      |                                  |
| Anestesia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |                                  |
| <p>① Incisão em região axilar esquerda</p> <p>② Incisão, separação de pele e tecido</p> <p>③ Exatidão da cirurgia</p> <p>④ Incisão circular no local em Pm (C)</p> <p>Long 8,0, 5x</p> <p>⑤ Hemostasia após <u>desbridamento</u> e limpeza</p> <p>Desbridamento</p> <p>⑥ Ressecção parcial do fígado com <u>fixação</u></p> <p><u>Extensão</u> linear em tórax (C)</p> <p>⑦ Sutura no fígado</p> <p>⑧ Curativo</p> <p>Obs: Operatório com controle e tempo curativo</p> <p>completa em sua base</p> |              |                                  |

Dr. Manoel Alves  
Técnico em Anestesia  
CRM 17173

Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249576

HU - UNIVASF  
CONFERE COMO ORIGINAL  
DATA: 03/03/12  
Av. José de Sá Manicoba, S/N - Petrolina-PE

Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249676

*CS Eugenio*  
*Carvalho*

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

|                                               |                                 |                                |
|-----------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| NOME: <u>EDNE ALVES D. S. NAS</u>             |                                 | DATA INTERNAÇÃO:               |
| DIAGNOSTICO: <u>FRAT. CONTUSIVA PUNHA (E)</u> |                                 | DATA CIRURGIA: <u>21/03/12</u> |
| PROCEDIMENTO: <u>Redução + Fixação</u>        |                                 | INÍCIO:                        |
| CIRURGIÃO: <u>Dr. GEORGE</u>                  | Anestesiista: <u>DR. MIRIAM</u> | TÉRMINO:                       |
| CIRURGIÃO:                                    |                                 |                                |
| 1º aux.:                                      | 2º Aux.:                        |                                |
| Anestesia:                                    |                                 |                                |

- ① Frete Algodão sobre os Alvéolos
- ② Assopria + Alissopria
- ③ Inversões prox e distal no Juncal/Punhos
- ④ Redução + fixação da punha técnica de ponte e artroscópica
- ⑤ Lavagem no punhos
- ⑥ Curva no punhos
- ⑦ Curva

Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249576



Dr. George J. B. de Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PA 12111 / RCM-PA 1937

CLASSIFICAÇÃO DE EXAMES DE

|                |      |     |     |
|----------------|------|-----|-----|
| USUARIO:       | REG: | DT: | HR: |
| EXAME: ROLIMAN |      |     |     |
| FECHADO:       |      |     |     |

Dr. George J. B. de Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PA 12111 / RCM-PA 1937

Dr. George J. B. de Oliveira  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-PA 12111 / RCM-PA 1937

Carlos Sandro Eugenio  
Assistente Administrativo  
HU-UNIVASF-EBSERH  
SIAPE: 2249676

Handwritten signature and initials.

**EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

Data Nasc.: **19/02/1993 00:00**: Idade: **26**

Dr.(a) **HUMBERTO ARTUR SILVA SA** Dt Atendimento: **02/09/2019 10:06:34**

Dados de Acesso: **<http://exames.huunivasf.ebserh.gov.br/client>**

Usuário: **50502814**

Senha: **47268606**

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Receita Federal

**CPF**

CADÁSTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição

**108.374.684-77**

Nome

**EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

Nascimento

**19/02/1993**



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: **9.063.352** DATA DE EMISSÃO: **25/08/2010**

NOME: **<< EDENEALVES DE SOUZA DIAS >>**

FILIAÇÃO: **<< JOSÉ ELIELSON DIAS DA SILVA >>**  
**<< CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA >>**

NATURALIDADE: **JUAZEIRO - BA** DATA DE NASCIMENTO: **19/02/1993**

DOC OP: GFM **<< CN 79361 L 149 F 202 V CART SEDE PETROLINA-PE EXP EM 26/03/1993 >>**

CPF: **108.374.684-77**

ASSINATURA DO DETENTOR: *[Assinatura]*

LEI Nº 116 DE 28/03/93 - F-39 90.971 - 4632

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

**CAC 01**

*[Fotografia]*

*[Fotografia]*

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA DEFESA  
CERTIFICADO DE DISPENSA  
DE INCORPORAÇÃO  
CSM

Nº **190212** SÉRIE: **S**

**RA 211762082054**

NOME: **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

Emissão: Casa Nova, BA, 28/jan/2011

FILIAÇÃO

PAI: **JOSÉ ELIELSON DIAS DA SILVA**

MÃE: **CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA**

DATA NASC.: **19/02/1993** NATURALIDADE: **JUAZEIRO - BA**

Dispensado do Serviço Militar inicial em **21 de janeiro de 2011**, por **residir em município não tributário**

Cm/Ch ou Dir: *[Assinatura]*

**ARNALDO FREIRE DE CARVALHO - 2. TEN**  
Delegado do Serviço Militar da 16ª Del S/Mil/21ª CSM

PROIBIDO PLASTIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR: **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

DATA DE NASCIMENTO: **19/02/1993** INSCRIÇÃO: **1370 0197 0558** ZONA: **066** SEÇÃO: **0233**

MUNICÍPIO: **CASA NOVA/BA** DATA DE EMISSÃO: **30/11/2017**

**DES. JOSÉ EDIVALDO ROCHA ROTONDANO**  
Presidente do TRE-BA

POLEGAR DIREITO

*[Assinatura]*  
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190546894 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDENEALVES DE SOUZA DIAS **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA MÃO ESQUERDA  
FRATURA DA TIBIA ESQUERDA.  
26-02-2017

**Descrição do exame físico:** APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DE 3 E 5 DEDOS COM DEFICIT LEVE DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR E LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO DORSAL DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM SINTESE OSSEA  
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO CARPO METACARPO ESQUERDA  
EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão esquerda, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                  | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos     | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                        |                                              |                                                      | 23,75 %   | R\$ 3.206,25          |



**AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT**

Nº DO SINISTRO 3190546894

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

EU, Edenreales de Souza Dias

PORTADOR(A) DO RG Nº 9.063.352

EXPEDIDO POR SDS

EM 25 / 08 / 2010

CPF 108374684-97

0000

PROFISSÃO trabalhador rural

E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecerem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal!);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lúxemburgo com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

**IMPORTANTE:** Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 3101/1 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 121.359-8

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAU, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

AGENCIA : 3101/1 - PETROLINA-CTO  
RAZAO : 07-05  
NOME: EDENEALVES DE SOUZA DIAS  
CONTA : - PE  
121.359-8

AGÊNCIA : 3680 / 3 - CASA NOVA  
CONTA : 18.602 / 3

- BA  
C.P.F.: 108374684 - 77

GEREALES DE SOUZA DIAS

7

Autização pagamento



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 37602 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA  
Ofício nº. 480 / 2019 Data 6 / 9 / 2019  
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 09:54 do dia 6 de Setembro de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de EDENEALVES DE SOUZA DIAS filho(a) de JOSE ELIELSON DIAS DA SILVA e de CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Liso, estado civil Convivente/Amasiado (a), aparentando a idade de 26 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de JUAZEIRO - BA, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 8063352, profissão TRABALHADOR RURAL, endereço POVOADO DE RIACHO DO SOBRADO, complemento: NÃO INFORMADO, bairro RIACHO DO SOBRADO, telefone/s NÃO INFORMADO, CASA NOVA - BA, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

**HISTÓRICO:**

Periciando vítima de acidente de moto em 26-02-2017. Traz relatório que consta: Admitido no Hospital de Traumas com fratura da mão esquerda e da tibia esquerda. Evoluiu após a cirurgia com consolidação viciosa de fratura da mão e osteomielite crônica da tibia esquerda.

**DESCRIÇÃO**

**Exame Físico:**

Presença de 5º dedo da mão esquerda em garra( consolidação viciosa da fratura); presença de extensa cicatriz irregular, hipercrômica, áreas de retração e edema, localizada em face anterior de toda a perna esquerda.

**DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:**

O periciando apresenta lesões visíveis ao momento do exame pericial

**QUESITOS:**

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; debilidade da função motora da mão esquerda

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim. Deformidade pelas cicatrizes.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr<sup>º</sup>. MARGARETH SENTO SE CORDEIRO DE OLIVEIRA - CRM 13958.



Assinado digitalmente por **MARGARETH SENTO SE CORDEIRO DE OLIVEIRA**, Médico Legista, Matrícula nº 347.857-2, CPF. xxx.877.205-xx, em 06/09/2019 10:12:14.

Polícia Científica  
SDS-PC

Autenticidade, integridade e inalterabilidade deste arquivo eletrônico podem ser conferidas em: <http://validador.sds.pe.gov.br/>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos  
Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329157/19

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

CPF: 108.374.684-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2017

Títular do CPF: EDENEALVES DE SOUZA  
DIAS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Laudo do IML - Lesões corporais  
Outros

Outros

EDENEALVES DE SOUZA DIAS : 108.374.684-77

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência



## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24h por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 23/09/2019  
Nome: EDENEALVES DE SOUZA DIAS  
CPF: 108.374.684-77

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2019  
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA  
CPF: 124.570.097-90

EDENEALVES DE SOUZA DIAS

DAIANE SANTOS BARBOZA

## PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

### COBERTURA SOLICITADA

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

### IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Edenealves de Souza Dias  
Data do Acidente: 26/02/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 108.374.684-77

### PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

### DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS – COBERTURA MORTE

#### BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

#### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

#### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

#### BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

#### BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

#### BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

### PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Edenealves de Souza Dias  
Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 108.374.684-77  
E-mail: \_\_\_\_\_ Tel.: (11) 74.988394536  
Data: 16/09/2019 Assinatura: Edenealves de Souza Dias

### RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): \_\_\_\_\_  
Atendente: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

# PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

## COBERTURA SOLICITADA

- ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

## IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Edenivaldes de Souza Dias  
Data do Acidente: 26/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 108.374.684-77

## PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)  
☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Todos os documentos devem estar legíveis.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse [www.seguradolider.com.br](http://www.seguradolider.com.br) ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☒ CPF da vítima (cópia simples)  
☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada  
☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)  
☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário  
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

## DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não  
☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☒ Não  
☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário  
☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)  
☐ CPF da vítima (cópia simples)  
☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)  
☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☒ Não

## DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

### BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☒ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a União Estável (cópia simples)

### BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)  
☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)  
☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge

### BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

### BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)  
☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)  
☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)  
☐ Outros Documentos apresentados:

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome): Edenivaldes de Souza Dias  
Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário ☐ Representante Legal CPF do portador: 108.374.684-77  
E-mail: 174.988334536 Tel.: 174.988334536  
Data: 16/09/2019 Assinatura: Edenivaldes de Souza Dias

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):  
Atendente: Matrícula:  
Data: Assinatura:

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329157/19

Número do Sinistro: 3190546894

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

CPF: 108.374.684-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2017

Titular do CPF: EDENEALVES DE SOUZA  
DIAS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019  
Nome: EDENEALVES DE SOUZA DIAS  
CPF: 108.374.684-77

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019  
Nome: Alexandre Tavares Belfort  
CPF: 024.208.707-86

EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Alexandre Tavares Belfort

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190546894 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDENEALVES DE SOUZA DIAS **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DA MÃO ESQUERDA  
FRATURA DA TIBIA ESQUERDA.  
26-02-2017

**Descrição do exame físico:** APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DE 3 E 5 DEDOS COM DEFICIT LEVE DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR E LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO DORSAL DE TORNOZELO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM SINTESE OSSEA  
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO CARPO METACARPO ESQUERDA  
EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS  
ALTA MÉDICA

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão esquerda, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/10/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS                  | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|----------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos     | 70 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 17,5%     | R\$ 2.362,50          |
| Perda completa da mobilidade de um tornozelo | 25 %                                         | Em grau leve - 25 %                                  | 6,25%     | R\$ 843,75            |
| Total                                        |                                              |                                                      | 23,75 %   | R\$ 3.206,25          |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190546894 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDENEALVES DE SOUZA DIAS **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE MÃO ESQUERDA.  
FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA(OSTEOMELITE CRÔNICA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** #.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS              | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|------------------------------------------|----------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 %                                         | Em grau residual - 10 %                              | 7%        | R\$ 945,00            |
| Total                                    |                                              |                                                      | 7 %       | R\$ 945,00            |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190546894 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** EDENEALVES DE SOUZA DIAS **Data do acidente:** 26/02/2017 **Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 16/10/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DE MÃO ESQUERDA.  
FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA(OSTEOMELITE CRÔNICA).

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** #.SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS           | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|
| Perda funcional completa de uma das mãos | 70 %                                            | Em grau residual - 10<br>%                                    | 7%        | R\$ 945,00               |
| Total                                    |                                                 |                                                               | 7 %       | R\$ 945,00               |

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329157/19

**Número do Sinistro:** 3190546894

**Vítima:** EDENEALVES DE SOUZA DIAS

**CPF:** 108.374.684-77

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 26/02/2017

**Titular do CPF:** EDENEALVES DE SOUZA DIAS

**Seguradora:** MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/10/2019  
Nome: EDENEALVES DE SOUZA DIAS  
CPF: 108.374.684-77

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019  
Nome: Alexandre Tavares Belfort  
CPF: 024.208.707-86

EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Alexandre Tavares Belfort

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

---

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.**

Número do Sinistro: **3190546894**

Nome do(a) Examinado(a): **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

**POV RIACHO DO SOBRADO, 17 - ZONA RURAL - Casa Nova - BA - CEP 47300-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **SDS /PE** ] **9063352**

Data e local do acidente: [ **26/02/2017** ] **PETROLINA**

Data e local do exame: [ **25/10/2019** ] **Petrolina** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA DA MÃO ESQUERDA FRATURA DA TIBIA ESQUERDA. 26-02-2017**

**II.** Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

**APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DE 3 E 5 DEDOS COM DEFICIT LEVE DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR E LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO DORSAL DE TORNOZELO ESQUERDO**

**III.** Nexô de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM SINTESE OSSEA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO CARPO METACARPO ESQUERDA EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS ALTA MÉDICA**

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

[ **X** ] Sim [ ] Não

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

**Limitação funcional da mão esquerda, Limitação funcional do tornozelo esquerdo**

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

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

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 (Sequela):

Mão esquerda

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Raimundo Marcelo Coimbra de Souza - CRM: 5145 - PE