

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

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200403035

Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Data do Acidente: 10/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA

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





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

Rio de Janeiro, 08 de Dezembro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200403035 **Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

Data do Acidente: 10/06/2020 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIZ HENRIQUE DA SILVA

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

Multa: R\$ 0,00
Juros: R\$ 0,00
Total creditado: R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12.50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000049

Conta: 00000243589-5

Tipos: CONTA POUPANCA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro

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:

Answers

Schreiber Kliniken PRIVAT

Segunda Edic. Br. V. ^

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/12/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00049

CONTA: 00000243589-5

Nr. da Autenticação 462752771DB088CD

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320034/20

Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

CPF: 115.850.944-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2020

Titular do CPF: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO : 094.568.984-58

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA : 115.850.944-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/11/2020
Nome: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 094.568.984-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante Luiz Henrique da Silva
portador(a) do documento de identidade nº 9.483.727 expedido por SOS/PE em
31/01/2018 inscrito no CPF sob o nº 115.850.944.80 residente na
Rua Barra das Coqueiras nº 36
complemento casa Bairro Floripa de Baixo, cidade
Recife, Estado PE

2. Outorgado Evanandro Carlos da Silva Nascimento
portador(a) do documento de identidade nº 7.963.603 expedido por SOS/PE em
24/05/2018 inscrito no CPF sob o nº 094.568.984.58 residente na
rua Trinta e um nº 26
complemento casa Bairro Primavera, cidade
Paudalho, Estado PE

Amplos poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do Seguro Obrigatório - DPVAT, e especialmente para preenchimento e assinatura do FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO.

Recife 02 de Setembro de 2020

Outorgante Luiz Henrique da Silva

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.CORESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200403035 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA **Data do acidente:** 10/06/2020 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/11/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA / LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: IMAGEM P.5
@ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE PÁG.7 DR. VICTOR CRISPIM CRM/PE 23144 DATA:28/08/2020.
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0320034/20

Vítima: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

CPF: 115.850.944-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2020

Titular do CPF: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO : 094.568.984-58

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA : 115.850.944-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/11/2020
Nome: EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 094.568.984-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/11/2020
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

Marta Marinho dos Santos

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA

Just
Not
act

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PAGIENTE

Nome: LUIZ HENRIQUE DA SILVA
Data Nasc.: 24/10/1994 Idade: 25
CPF: RG:

Endereço: RUA MARIPOUSA

Bairro: JORDAO

CEP: 51250550

Acompanhante

Nome da Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA

Nome do Conjugue:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 3454592

Nome Social:

MASCULINO

Cor: PARDA

Prontuário: 1112007

CNS: 708100561139937

Religião:

Nº: 36

Estado: PE

Cidade: RECIFE

Fone: 558199905330

Celular:

Profissão:

2 - ATENDIMENTO Data: 10/06/2020 18:01
Doutor Principal / HDA

Médico: MÉDICO FAVANTONISTA

Acidente de Trânsito

Exame Físico

PA: _____ FC: _____ FR: _____

REVISADO

30/06/20

Sera

Diag. Provisional:

fx / luxação px fratura toracofracoabdominal

Prescrição:

Dieta: _____

Data:

30/06/20 paciente admitido neste setor
para tratamento cirúrgico
ortopédico paciente com lesão
orientada afilial, normotensão e
nega alterações DLT + Hb 14,5 segue
em evolução

Andréia Maria da Silva

COLEGIA DE ENFERMEIRAS E ENFERMEIROS

Horário: 01

Setor: ORTOPÉDICO
Atendente: SARA
Assistente: GILSON
Enfermeiro: GILSON

10/06/20 CONGEDO 5 dias (ou
écente) EXCEPCIONALMENTE AUTORIZADA
PRA TROCA DE VIGILÂNCIA ATÉ O DIA
DO ATENDIMENTO PROXIMAMENTE MC/11 G
PODE SER COM CINTILLOS

ASSISTENTE DE ENFERMAGEM
CRED. 50.70-16



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: LUIZ HENRIQUE DA SILVA Prontuário: 1112251

Cirurgião: DR⁺ GEORGE ROCHA 1º Auxiliar: DR⁺ HERIVELTO ALEXANDRE
2º Auxiliar: .

Anestesista: DR⁺ CECILIA Anestesia: RAQUIANESTESIA

Data da Operação: 12/06/2020

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO E

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DO TORNOZELO E COM FIXAÇÃO EXTERNA

Operação Realizada: A MESMA

DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. DDH SOB ANESTESIA
2. ANTISSEPSIA - CAMPOS ESTÉREIS
3. LIMPEZA EXAUVESTIVA DE FERIMENTO ARTICULAR EM BORDA EXTERNA DO P⁺ E TN⁻ COM SUD^{9%}
4. DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
5. REALIZADO REDUÇÃO DIRETA COM BOM ALINHAMENTO DO TNZ
6. REALIZADO FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR COM FIXADOR TUBO-A-TUBO UTILIZADOS 04 PINOS DE SCHANZ, 04 BARRAS, 04 CONECTORES BARRA-PINO, 04 CONECTORES BARRA-BARRA
7. REALIZADO SUTURA COM NYLON 2-0
8. CURATIVO

Dr. George Rocha
Ortopedico / Traumatologista
CRM 11558 / CRF RJ 11137

DATA	HORA	NOTA
11/06/2020	22:00	Paciente com dor lombar, comuns e, acompanhadas, em maior intensidade na Serraria, durante a noite. Dor, agudizada, tempo curto.
12/06/2020	10:00	Paciente volta com dor lombar, desprotegido; dor no V.O., dor pélvica clínica, dor nas costas concorrentes
12/06/2020	20:40	Paciente com dor lombar intensificada, dor pélvica, dor nas costas, dor nas articulações sacroiliácas.
13/06/2020	00:14	Realizado exames em local de origem dolorosa da dor na P. e diagnóstico distonidismo uterino de fundo materno, estudo clínico
13/06/2020	11:30	Paciente volta em E.O.R. com dor, surtos de dor abdominal, hipotônico, AFP em M30 frequentemente descendente, MIG, alterações de acidez, al- terações fisiológicas primitivas, ruga abdominal, medicamento antidiarréico, peritonite, ruga abdominal e distensão da bexiga.
13/06/2020	20:30	Função urinária normal (0303001-1) função urinária normal - urinal - urinal -



SES

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

End. Rua Aprigio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: LUIZ HENRIQUE DA SILVA

Reg: 1112251 Enf: 30 Leito: 01

DATA DE ENTRADA: 10/06/2020 DATA DE SAÍDA: 23/06/2020

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DE TORMOZOLO ESQUERDO
DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A FIXADOR EXTERNO TRANSRITTLEAR EM
TORMOZOLO ESQUERDO EM 11/06/2020. RECEBE ALTA PARA
TRATAMENTO CONSERVADR.

SES/FUSAM

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITASINST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que o segurado LUIZ HENRIQUE DA SILVA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 60 (SESENTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico:
FRATURA DE TOMELO LATERAL
CID 10: S826

Dr. Ageu Saraiava Recife, 23/06/2020
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 29572

Médico – CRM-PE

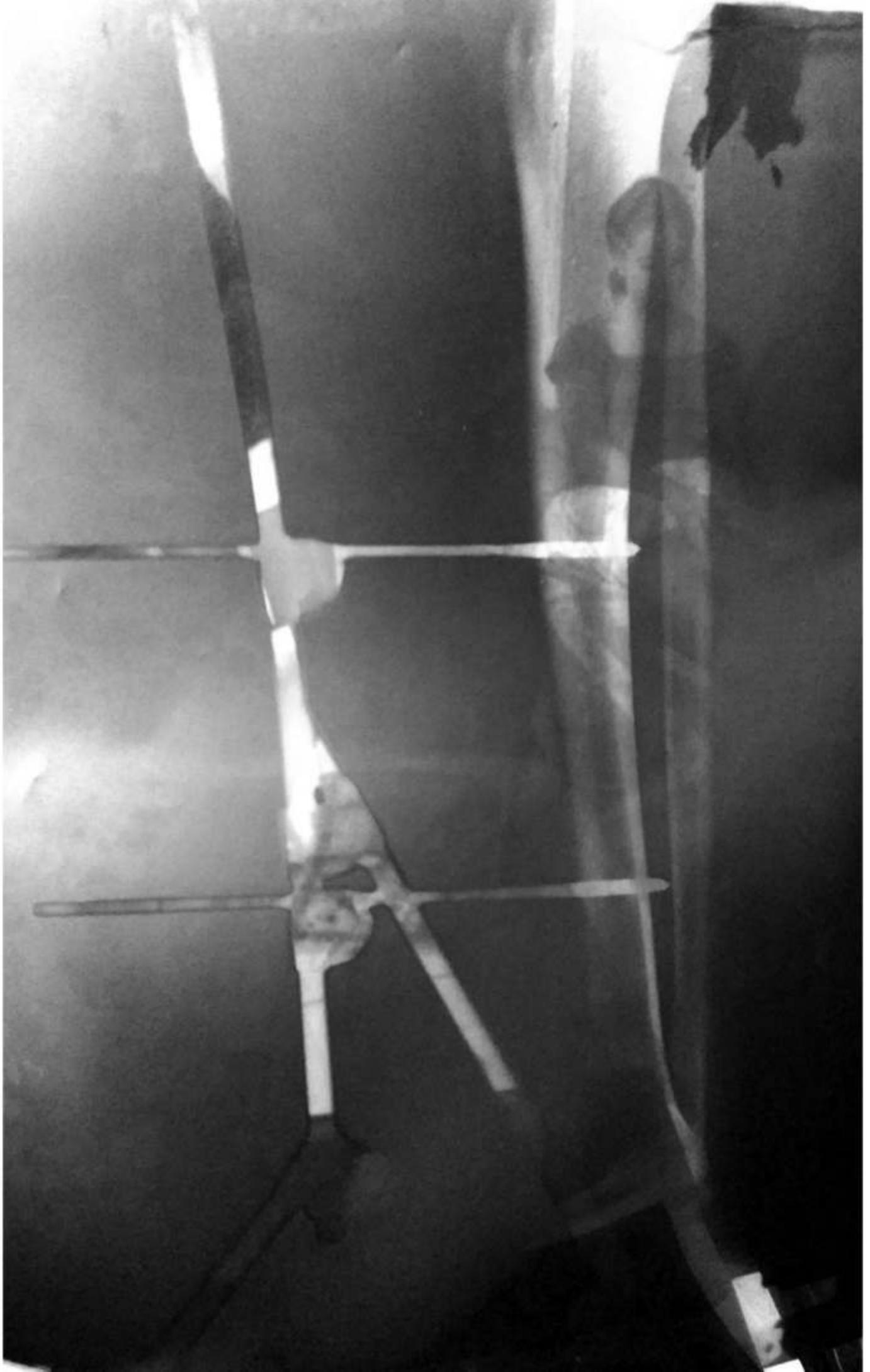
Dr Ageu Saraiava
Médico Residente
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 29572

DEVERÁ COMPARCER PRA CRONOGRAMA DE ORTOPEDIA PEDIÁTRICA.

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO





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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	10/6/20	DATA DO FIM DO TRATAMENTO MÉDICO:	0/6/20
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Luiz Henrique do Nascimento		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura Tornozelo E		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento Cirúrgico			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFECTO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	<input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO		
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	Trilíngue operante com lesão
2º	Vitória, perda de movimento, rigidez articular
3º	Perda de uso geral intime 1º e 2º tempo
4º	Perda de flexão
5º	+5%: Crípsis

AFIRMO QUE ASSISTI OU AVALEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE Julho
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Lúcio 28/8/20 DATA

Crispim
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23144

ASSINATURA E CARGUEIRO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME

EVANDRO CARLOS DA SILVA NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

7963603 SDS PE

CPF

094.568.984-58

DATA NASCIMENTO

26/12/1990

FILIAÇÃO

JOSE CARLOS DO NASCIMENTO
MARIA ODETE DA SILVA NASCIMENTO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

04918344208

VALIDADE

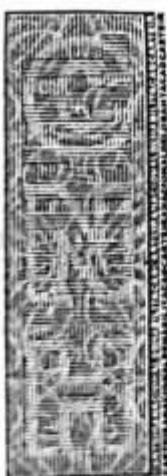
24/05/2023

1ª HABILITAÇÃO

12/04/2010

OBSERVAÇÕES

EAR



Evandro Carlos da Silva Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

CARPINA, PE

DATA EMISSÃO

24/05/2018



Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

54213449766
PE086093193

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1676416620

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

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1561188741

PROIBIDO PLASTIFICAR
1561188741

NOME

LUIZ HENRIQUE DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

9483727 SDS PE

CPF

115.850.944-80

DATA NASCIMENTO

24/10/1994

FILIAÇÃO

JOSE ALDO DA SILVA

MARIA ZULEIDE DA SILVA

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

06473480741

VALIDADE

02/01/2023

1ª HABILITAÇÃO

30/09/2015

OBSERVAÇÕES

EAR

Luiz Henrique da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

RECIFE, PE

DATA EMISSÃO

31/01/2018



Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

24658838148
PE083197524

ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO



DATRAN CONTRAN

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Eduardo Carlos da Silva Nascimento

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 094.568.984 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Luiz Henrique da Silva Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.850.944 / 80

do sinistro de DPVAT cobertura inabilitado da Vítima Luiz Henrique da Silva

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 115.850.944 / 80 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: assessoria Renda: X e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 298 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Trinta e um</u>	Número:	<u>26</u>	Complemento:	<u>casa</u>
Bairro:	<u>Primavera</u>	Cidade:	<u>Paudalho</u>	Estado:	<u>PE</u>
E-mail:	<u>js.assessoria01pe@gmail.com</u>		<u>81.99304.6299</u>		Tel.(DDD):

Local e Data: Recife 02 de Setembro 2020

Eduardo Carlos da Silva Nascimento

Assinatura do Declarante

RUBRICA DO RESPONSÁVEL

- NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
 DESCONHECIDO
 OUTROS (ESPECIFICAR) _____

USO EXCLUSIVO DOS CORREIOS

- ABSENTE
 FALCADO
 RECUBRIDO
 MUDOU-SE
 ENDERGÓ INSUFICIENTE



00157789

CTC RECIFE PE PL1
ALVERICE KAREN BATISTA DA SILVA
RUA BARRA DOS COQUEIROS CASA 36
IBURA DE BAIXO
51240-560 RECIFE - PE



7209036539572890000180407730230320
POSTAGEM: 23/03/2020 VENCIMENTO: 09/04/2020



DE\$CONTO!

ATENDIMENTO: RUA CAP PEDRO IVO - NUM. - 00053 - CENTRO PAULISTA
LHO PE 55825-000

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 17874942 Fev/2020

MARIA O.DA S.NASCIMENTO
R TRINTA E UM, N. 00026 - PRIMAVERA PAUDALHO PE 55825-000

TNSCRITAO: 106 160 095 0118 000 GRUPO: 11 DER. AUTOMATICO: 017874942

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS	PÚBLICA
CORTADO	POTENCIAL	1	COMERCIAL INDUSTRIAL	
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A10B353176	04/02/2020	05/03/2020	MEDIA HD	

ÁGUA:

LEIT ANT: 225 CONSUMO: 0
LEIT ATU: HD RETIRADO
LEIT FAT: 225HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

01/2020	00
12/2019	00
11/2019	00
10/2019	00
09/2019	00
08/2019	00
MEDIA:	00

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG.	PORT.	ANALISES
TURBIDEZ	MS 2.914/11	42	48
COR APARENTE		42	48
CLORO RESIDUAL		42	48
COLIF. TOTAIS		42	48
E. COLI		42	48

Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
 (2)OS PARAMETROS COFIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
 RESIDUAL SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES SANITARIAS DA ÁGUA
 (3)OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SAO INDICADORES DAS CONDIÇOES
 ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRICAO DOS SERVICOS

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

MULTA P/IMPONTUALIDADE 01/2020

0,26

TARIFA CORTADO DEC. 18.251/94 02/2020

13,22



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64°CIRC
DINTER1/12°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154000792

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/07/2020 às 10:44**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 10/6/2020 às 16:50

Natureza Jurídica: COLISÃO

Fato ocorrido no endereço: RUA RIO XINGU, 1, PRÓXIMO A IGREJA MARG, RECIFE-PE - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)

LAERSON VITOR DOS SANTOS (OUTRO)

LUIZ HENRIQUE DA SILVA (VÍTIMA)

ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA SILVA (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): LUIZ HENRIQUE DA SILVA

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

LUIZ HENRIQUE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: MARIA ZULEIDE DA SILVA Pai: JOSÉ ALDO DA SILVA Data de Nascimento: 24/10/1994 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 9483727/SDS/PE (RG), 11585094480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: AUTONOMO(A)

Endereço Residencial: RUA BARRA DOS COQUEIROS, 36, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JORDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: EDNA BATISTA DE SENA Pai: JOSÉ ANTONIO DA SILVA Data de Nascimento: 21/5/1992 Naturalidade: SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 8548059/SDS/PE (RG), 09587095480 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: DO LAR

Endereço Residencial: RUA BARRA DOS COQUEIROS, 36, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: JORDAO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

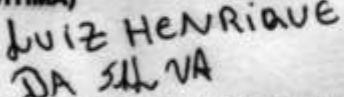
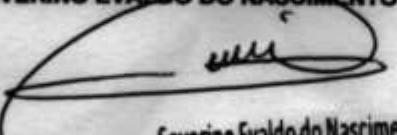
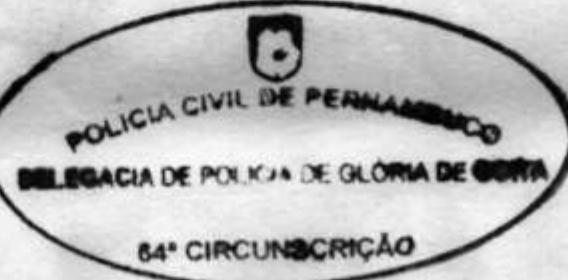
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

LAERSON VITOR DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)**MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): LAERSON VITOR DOS SANTOS, que estava em posse do(a)****Sr(a): LUIZ HENRIQUE DA SILVA****Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN MIX EX Objeto apreendido: Não****Quantidade: 1 (UNIDADE)****Placa: NMJ0457 (PERNAMBUCO/RECIFE)****Combustível: GASOLINA****AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a):****DESCONHECIDO****Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO Objeto apreendido: Não****Quantidade: 1 (UNIDADE)****Complemento / Observação**

RELATA A VÍTIMA N° 1 QUE ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA CITADA PELA REFERIDA LOCALIDADE COM SUA ESPOSA NA GARUPA , QUANDO UM VEÍCULO NÃO IDENTIFICADO QUE ESTAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO , PASSOU PARA CONTRA MÃO AO TENTAR ULTRAPASSAR OUTRO VEÍCULO E ACABOU COLIDINDO DE FREnte COM AS VÍTIMAS. DEVIDO O IMPÁCTO AS VÍTIMAS FORAM ARREMESSADAS AO SOLO E COM SÉRIAS LESÕES A VÍTIMA N° 2 ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA SILVA FOI SOCORRIDA PARA A UPA DA IMBIRIBEIRA E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GERTÚLIO VARGAS EM RECIFE-PE , ENQUANTO A VÍTIMA N° 1 O SENHOR LUIZ HENRIQUE DA SILVA FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS TAMBÉM EM RECIFE-PE.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial**LUIZ HENRIQUE DA SILVA
(VITIMA)****ALVERIÇE KARÊM BATISTA DA
SILVA
(VITIMA)**
Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3**B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:
115.850.944-80 | Luiz Henrique da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP nº 646/2022

5 - Nome completo:

5 - Nome completo: Luiz Henrique da Silva

6 - CPF:

115.850.944-80

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDDD):

rua Barra dos Coqueiros

36 casa

PE

51240-560

81.993.046.6299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

DADOS CADASTRAIS

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) BBI (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0049

CONTA: 2435 89 5

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim Não

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

28 - Vítima teve filhos, informar

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou

maçanaré (relato)?

Sim

Não

31 - Vítima

teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Luiz Henrique da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (de houver)

43 - Assinatura do Procurador (de houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Telefone:

17 - Telefone:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0049

CONTA: 2435 89 5

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituros/viventes? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Luiz Henrique da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**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: **3200403035**

Nome do(a) Examinado(a): **LUIZ HENRIQUE DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Barra dos Coqueiros, 36, , Recife/PE**

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: **SDS / 9483727**

Data e local do acidente: **10/06/2020 - Recife/PE**

Data e local do exame: **23/11/2020 - Arcoverde/PE**

Coordenadas Geográficas: **latitude: -8.42298 , longitude: -37.05496**

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura/ luxação exposta de tornozelo esquerdo

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

Tratamento cirúrgico com limpeza mecânico/ cirúrgica e fixador externo trans articular

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

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 15°, flexão plantar aos 30°, ausência de atrofias no segmento, marcha com claudicação, agachamento normal, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, inexistência de alteração motora, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau médio no tornozelo esquerdo.

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

Sim

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

Não

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

Limitação em flexão/ extensão do segmento 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"

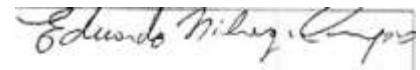
(**X**) "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

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

Tornozelo Esquerdo - Médio - 50%

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

Apresenta rigidez articular moderada associado a limitação média da dorso flexão e da flexão plantar em tornozelo esquerdo



Eduardo Nóbrega Campos
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8798 / CRM-PE 23308