



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: 040.058.534-04 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Montenegro de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 645/2012

5 - Nome completo: Jefferson Montenegro de Lima 6 - CPF: 040.058.534-04

7 - Profissão: Acusado 8 - Endereço: Rua Pinuca 9 - Número: 17 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Dista Alegre 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54070-210

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (81)9.97748990

DADOS CADASTRAIS

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:

RECLUSO INFORMAR  R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 95388 7 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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.

INVALIDEZ MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  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 nascituro(vários)?  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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - \_\_\_\_\_  
 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_  
 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data: Jaboatão PE, 11/03/2021.  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

Atendimento: 357704 Entrada: 06/01/2021 Hora: 15:19  
Acomodação: LEITO 04  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
Médico Resp: IANELE BRAGA VILELA DE MELO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 14  
Permanência: 6 Dia(s), 19 horas  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 898002334744133

Paciente: 14967 JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA  
Nascimento: 27/08/1981 (39 Anos e 4 Meses)  
Endereço: RUA IPOJUCA  
Bairro: VISTA ALEGRE C.E.P.: 54070-210  
Cidade: 2607901 JABOATAO DOS GUARARAPES  
Pai: JAIR ABSALAO DE LIMA  
Mãe: ELISABETE MONTINEGRO DOS SANTOS  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 04005853404  
Identidade: 6144240 - SSP - PE  
Telefone: / 984487422  
G. Instrução:  
Ocupação: AUX DE PRODUÇÃO  
Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL ARMINDO MOURA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. IANELE BRAGA VILELA DE MELO COSTA CRM 22498)

### Queixa do paciente:

PACIENTE REGULADO DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO (TRAUMA DIA20/12/2020 "FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO"). NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES.

### Exame físico:

PRESENÇA DE EDEMA LOCAL, SEM FLICTENAS. PRESENÇA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO EM FACE ANTERO-MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO E PRESENÇA DE SUTURA EM FACE POSTERO-LATERAL DE TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA.

### Hipótese diagnóstica:

FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO

### Prescrição/Conduta:

		Horario/Checkagem
01 -	INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRURGICO	
02 -	MANTER TALA BOTA	
03 -		
04 -		

### Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)      COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura  
SAM  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3545-2013  
Av. Cleto Campesinato, N.º 1000, P.º 1

## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://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: 4020-1996 / 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 SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

Pelo exposto, eu Rafael Roberto Maciel Pereira dos Santos

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 046 710 344 / 50, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Jefferson Montenegro de Lima Inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.058.534 / 04

do sinistro de DPVAT cobertura Invólucro da Vítima Jefferson Montenegro de Lima

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 040.058.534 / 04, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>Rua João Curvino</u>	Número: <u>772</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Parque de Juvêncio</u> Cidade: <u>Caruaru</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55012-190</u>
E-mail: _____		Tel. (DDD): <u>(81)997748990</u>

Local e Data: Caruaru/PE, 11/03/2021.

[Assinatura]  
Assinatura do Declarante



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210089528 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 06/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO P2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** IMAGEM P5 6 7  
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA  
RG: 6144240 CPF: 040.058.534.04  
Endereço: RUA IPOJUCA N° 57 VISTA ALEGRE  
JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE.

Outorgado: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS RG: 6656040,  
CPF: 046.710.344-50, Endereço: Rua João Cursino, N° 772, Maurício de Nassau,  
Caruaru-PE.

Nomeio meu bastante procurador os outorgados acima citado com poderes específicos podendo assim: solicitar, requerer e receber documentações resolver todas as questões administrativas, junto a Hospitais, UPA, delegacias, referente ao SEGURO DPVAT.

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 01.02.2021  
(local e data)

  
Assinatura do Outorgante



Atendimento: 357704 Entrada: 06/01/2021 Hora: 15:19  
Acomodação: LEITO 04  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
Médico Resp: IANELE BRAGA VILELA DE MELO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 14  
Permanência: 6 Dia(s), 19 horas  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 898002334744133

Paciente: 14867 JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA  
Nascimento: 27/08/1981 (39 Anos e 4 Meses)  
Endereço: RUA IPOJUCA  
Bairro: VISTA ALEGRE C.E.P.: 54070-210  
Cidade: 2607901 JABOATAO DOS GUARARAPES  
Pal: JAIR ABSALAO DE LIMA  
Mãe: ELISABETE MONTINEGRO DOS SANTOS  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 04005853404  
Identidade: 8144240 - SSP - PE  
Telefone: / 884487422  
G.Instrução:  
Ocupação: AUX DE PRODUÇÃO  
Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

13/01/2021 10:59

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. FERNANDA MADRUGA CRM 27987)

### Queixa do paciente:

PACIENTE REFERINDO ACIDENTE DE MOTOCICLETA HÁ 3H, APRESENTANDO DOR, EDEMA E FERIMENTO EM TORNOZELO ESQUERDO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. NEGA TCE, SÍNCOPE E VÔMITOS.

NEGA HAS, DM E ALERGIAS

NEGA VACINAÇÃO PARA TÉTANO

### Exame físico:

EDEMA ++/4+ + FERIMENTO PUNTIFORME E FACE LATERAL DE PERNA ESQUERDA

### Hipótese diagnóstica:

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

### Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - RX	
02 - TALA BOTA	
03 - CEFALOTINA 2G + TRAMAL 100MG	
04 - SOLICITO TRANSFERÊNCIA	

### Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

Hospital Memorial Armandinho Moura  
S.A.S.  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3575-2013  
Av. Cláudio Campesinato, S.N., 11100-PE

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE JEFFERSON MONTENEGRO DE LIMA	6- Nº DO PRONTUÁRIO 514388	7- (CNS)	8- DATA DE NASCIMENTO 27/08/1981
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE ELIZABETE MONTENEGRO DOS SANTOS	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 87693020   Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE RUA IPOJUCA, N.º 57 - : N:57 BAIRRO: VISTA ALEGRE - CIDADE: JABOATÃO DOS GUARARAPES - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
 PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTA FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURA DO MALEOLO LATERAL - S826	21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARATER DA INTERNAÇÃO URGENCIA E EMERGENCIA	<b>LUIZ HENRIQUE P. BAUDEL</b> O. 0128-TEOT 0132 20/12/2020
28- CPF DO CRM 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE PRESTADOR) LUIZ HENRIQUE PEREGRINO BAUDEL - CRM: Nº.9028	29- Nº DO CRM 58647341449	31- DATA DA SOLICITAÇÃO 20/12/2020
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
<input type="checkbox"/> 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE
<input type="checkbox"/> 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	38 - SÉRIE
<input type="checkbox"/> 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		40- CNAE DA EMPRESA
42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		41 - CBOR
<input type="radio"/> EMPREGADO	<input type="radio"/> EMPREGADOR	<input type="radio"/> AUTÔNOMO
	<input type="radio"/> DESEMPREGADO	<input type="radio"/> APOSENTADO
		<input type="radio"/> NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44 - CÓD ORGAO EMISSOR	47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		



Nome: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA (14967)

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Data: / /

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO**

HD:

CID: S827

**CIRURGIA REALIZADA:**

Admitido no dia 06/01/2021, sendo submetido a tratamento ortopédico em 12/01/2021. ALTA MEDICA DIA 13/01/21

**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO**

**MÉDICO CIRURGIÃO:**

Dr. JOÃO PAULO ROMEIRO

**ORIENTAÇÕES:**

1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;

2- DIPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;

3 - RETORNAR DIA 26/01/21 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;

1 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.

**ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.**

Atório Emitido Eletronicamente  
Data: 12/01/2021 as 16:09

Dr. (a)  
CRM:

Dr. João Paulo Romeiro  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 22627

Atendimento: 357704 Entrada: 06/01/2021 Hora: 15:19  
Acomodação: LEITO 04  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
Médico Resp: IANELE BRAGA VILELA DE MELO COSTA

Enfermaria: ENFERMARIA 14  
Permanência: 6 Dia(s), 19 horas  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 898002334744133

Paciente: 14967 JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA  
Nascimento: 27/08/1981 (39 Anos e 4 Meses)  
Endereço: RUA IPOJUCA  
Bairro: VISTA ALEGRE C.E.P.: 54070-210  
Cidade: 2607901 JABOATAO DOS GUARARAPES  
Pai: JAIR ABSALAO DE LIMA  
Mãe: ELISABETE MONTINEGRO DOS SANTOS  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: BRANCA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 04005853404  
Identidade: 6144240 - SSP - PE  
Telefone: / 984487422  
G. Instrução:  
Ocupação: AUX DE PRODUÇÃO  
Naturalidade: JABOATAO DOS GUARARAPES

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

HOSPITAL ARMINDO MOURA

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. IANELE BRAGA VILELA DE MELO COSTA CRM 22498)

### Queixa do paciente:

PACIENTE REGULADO DO HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS PARA REALIZAÇÃO DE TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO (TRAUMA DIA20/12/2020 "FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO ESQUERDO"). NEGA ALERGIAS OU COMORBIDADES.

### Exame físico:

PRESENÇA DE EDEMA LOCAL, SEM FLICTENAS. PRESENÇA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO EM FACE ANTERO-MEDIAL DE TORNOZELO ESQUERDO E PRESENÇA DE SUTURA EM FACE POSTERO-LATERAL DE TERÇO DISTAL DA PERNA ESQUERDA.

### Hipótese diagnóstica:

FRATURA TRIMALEOLAR DE TORNOZELO ESQUERDO

### Prescrição/Conduta:

		Horario/Checkagem
01 -	INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CIRURGICO	
02 -	MANTER TALA BOTA	
03 -		
04 -		

### Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)      COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura  
S.A.M.  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3545-2013  
Av. Cleto Campesinato, N.º 1000, P.º 1



300

No. 001  
V. 100  
Rt. Root  
Rot. L. 0.0000 0.0000  
0.0000 0.0000 0.0000  
Tilt: 0.0  
05:22:24  
U = 300 L = 40

M 31 0143  
Dat: ago 27 18  
Ex: Jan 04 20

So: 3  
Volume Rendering No cut

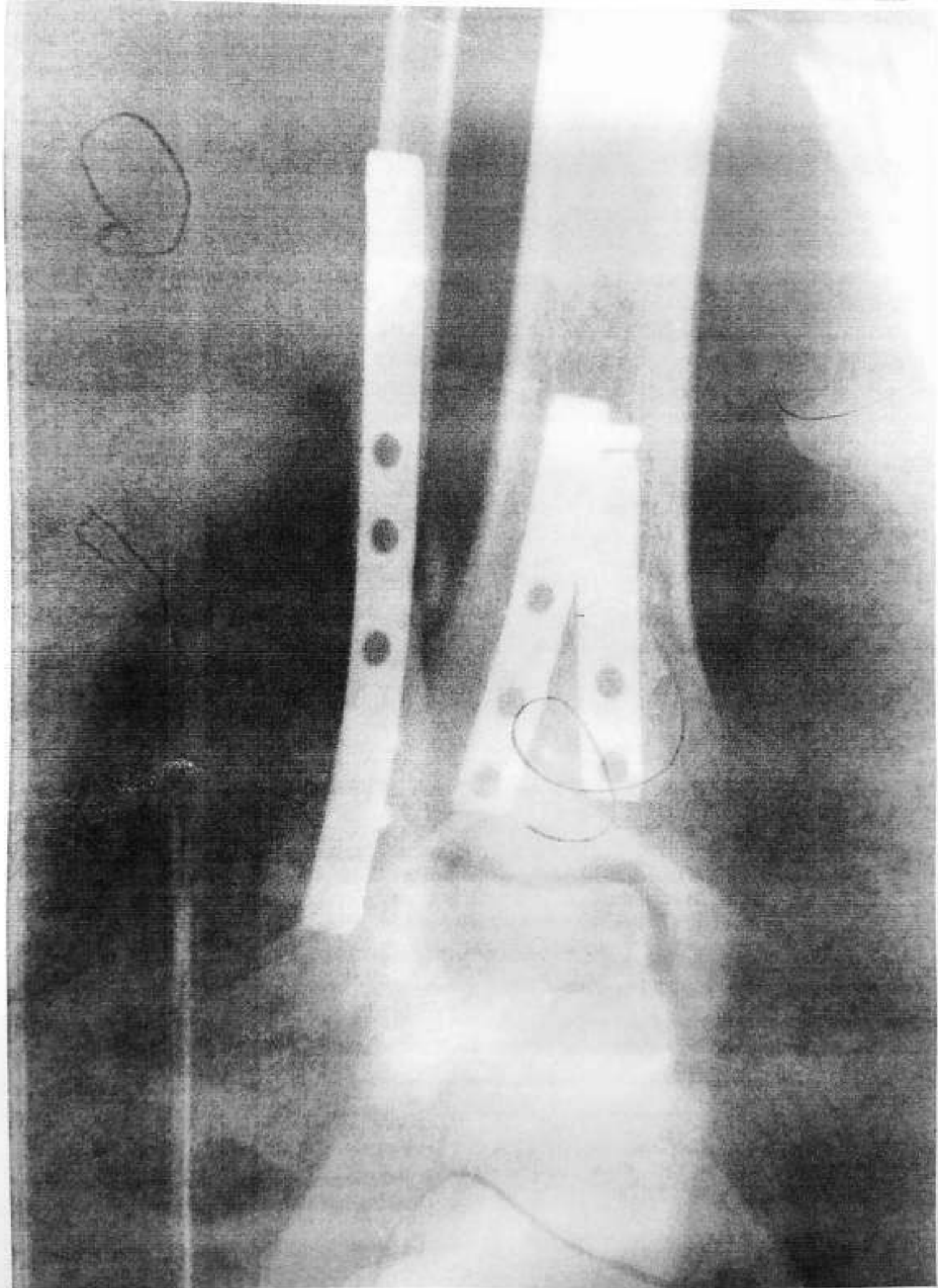
IPOV 23.4 cm  
010



300

No. 001  
V. 100  
Rt. Root  
Rot. L. 0.0000 0.0000  
0.0000 0.0000 0.0000  
Tilt: 0.0  
05:22:24  
U = 300 L = 40





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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

20/12/2020

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

20/12/2020

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

JEFFERSON MONTEMEJNO DE LIMA

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

# Fístula exposta de tíbia distal + úlcera lateral esquelética.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

1º Cirurgia - limpeza cirúrgica + redução cruenta + imobilização em gesso

2º cirurgia - redução cruenta + osteo síntese placa + parafusos fístula de tíbia distal e úlcera lateral ESQ.

ALTA MÉDICA?  SIM ( ) NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ( ) SIM  NÃO

CASOS DADOS POSITIVOS DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

( ) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º Membro Inferior Esquerdo ± 70%

2º TUBEROSIDADE FURCADA NIE

3º AFECÇÃO ANATÔMICA TUB. ESQ.

4º

5º

AFIRMO QUE ASSITI E/OU AVALIEI A VÍTIMA DO PERÍODO DE

10/03/2021 A 10/03/2021

E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAMENTE VERDADEIRAS.

LOCAL, CAMPUS

DATA: 10/03/2021

ASSINATURA E CARIMBO:

João Ricardo P. Peruci  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 1112

João Ricardo P. Peruci  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM-PE 1112

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: 3210089528

Nome do(a) Examinado(a): JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Ipojuca, 17, , Jaboatão dos Guararapes/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP-PE / 6144240

Data e local do acidente: 20/12/2020 - Jaboatão dos Guararapes/PE

Data e local do exame: 15/04/2021 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05046 , longitude: -34.89397

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA**

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

Fratura da tíbia e fibula esquerdas. Fratura exposta do maléolo lateral esquerdo. Ferimento puntiforme em face lateral da perna esquerda.

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

tratamento com placas e parafusos, fez fisioterapia, alta em 10/03/2021.

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

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 0°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

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)

Sim

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

limitação medio de membro inferior esquerdo, com bloqueio de tornozelo, claudicação da marcha.

**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.

Membro Inferior Esquerdo - Médio - 50%

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



Leonardo Naves  
Médico  
CRM/RS 17142

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210089528

**Cidade:** Jaboatão dos Guararapes

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

**Data do acidente:** 20/12/2020

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da tíbia e fíbula esquerdas. Fratura exposta do maléolo lateral esquerdo. Ferimento puntiforme em face lateral da perna esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 0°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Submetido inicialmente a tratamento conservador com imobilização, sendo posteriormente realizado procedimento cirúrgico com uso de placas e parafusos, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Realizada fisioterapia, alta em 10/03/2021.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/04/2021

**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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210089528

**Cidade:** Jaboatão dos Guararapes

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

**Data do acidente:** 20/12/2020

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura da tíbia e fíbula esquerdas. Fratura exposta do maléolo lateral esquerdo. Ferimento puntiforme em face lateral da perna esquerda.

**Descrição do exame físico:** Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 0°, flexão plantar aos 5°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme apurado através do exame físico, o conjunto das sequelas repercute em todo o membro inferior.

**Resultados terapêuticos:** Submetido inicialmente a tratamento conservador com imobilização, sendo posteriormente realizado procedimento cirúrgico com uso de placas e parafusos, evoluindo sem complicações, com alta hospitalar. Realizada fisioterapia, alta em 10/03/2021.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro inferior esquerdo em grau moderado.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 15/04/2021

**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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3210089528 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA **Data do acidente:** 20/12/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 06/04/2021

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO P2

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** IMAGEM P5 6 7  
""@8"" X PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO 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
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0076448/21

**Vítima:** JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

**CPF:** 040.058.534-04

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

**Data do acidente:** 20/12/2020

**Titular do CPF:** JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

### RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS : 046.710.344-50

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

### JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA : 040.058.534-04

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: 15/03/2021  
Nome: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS  
CPF: 046.710.344-50

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/03/2021  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

\_\_\_\_\_  
RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS

\_\_\_\_\_  
Steffany Carolyn Lins Veloso

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: 040.058.534-04 4 - Nome completo da vítima: Jefferson Montenegro de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 645/2012

5 - Nome completo: Jefferson Montenegro de Lima 6 - CPF: 040.058.534-04

7 - Profissão: Acusado 8 - Endereço: Rua Pinuca 9 - Número: 17 10 - Complemento: \_\_\_\_\_

11 - Bairro: Dista Alque 12 - Cidade: Jaboatão dos Guararapes 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54070-210

15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): (81)9.97748990

DADOS CADASTRAIS

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:

RECLUSO INFORMAR  R\$1.000,00  R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 SEM RENDA  R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00  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 citados. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 95388 7

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 5.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 5.194/74.

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.

INVALIDEZ MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorçado  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 nascituro(vários)?  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 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - \_\_\_\_\_

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS

40 - Local e Data: Jaboatão PE, 11/03/2021.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jefferson Montenegro de Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ 43 - Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

	
<b>SAPAEI ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS</b>	
	DOC. IDENTIFIC. DOB. EMISSOR - UF <b>4654040 SSP PE</b>
	Data Nascimento <b>27/12/1981</b>
Nome Completo <b>CLAUDIO ROBERTO DOS SANTOS</b> Nome da Mãe <b>TANIA LUCIA MANGABEIRA</b>	
Estado Civil <b>AD</b>	Data de Emissão <b>17/05/2017</b>
Número de Registro <b>01792926280</b>	Data de Validade <b>17/05/2022</b>
OBSERVAÇÕES	
	
Local <b>CASUARÁ, PE</b>	Data Emissão <b>04/04/2017</b>
Nome do Comandante <b>PERNAMBUCO</b>	
Identificação do Comandante <b>91462840911</b> <b>PE077513784</b>	

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS  
 1482975568

FORNHECIDA PELA AERONÁUTICA  
 1482975568

MAÉLSIO SERRAVALLE  
 1482975568

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÊS ANOS  
CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1487238226

NOME  
**JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA**



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF  
**6144240 SSP PE**

CPF  
**040.058.534-04**

DATA NASCIMENTO  
**27/08/1981**

FILIAÇÃO  
**JAIR ABSALAO DE LIMA**  
**ELIZABETE MONTINEGRO D  
OS SANTOS**

PERMISSÃO  
**[Hatched]**

ACC  
**[Hatched]**

CAT. HAB.  
**AB**

Nº REGISTRO  
**02653925129**

VALIDADE  
**17/10/2022**

1ª HABILITAÇÃO  
**13/12/2002**

OBSERVAÇÕES

*Jefferson de Lima*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL  
**JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE**

DATA EMISSÃO  
**17/10/2017**

*[Signature]*  
Charles Andrews Sousa Ribeiro  
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

**43562460888  
PE081988931**

**PERNAMBUCO**

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1487238226

---

**Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210089528**

**Vítima: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA**

**Data do Acidente: 20/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA**

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, 30 de Abril de 2021**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3210089528**

**Vítima: JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA**

**Data do Acidente: 20/12/2020**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: RAFAEL ROBERTO MANGABEIRA DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA**

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000648**

Conta: **0000095388-7**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES - DP20ªCIRC  
DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **21E0110000261**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/01/2021** às **15:37**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **20/12/2020**  
às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **LOTEAMENTO 92, 1, ENGENHO MACUJE** - Bairro: **MARCOS FREIRE - JABOATAO**  
**DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54360-068**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
REGINALDO ELIAS DE SANTANA ( OUTRO )  
JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA ( VÍTIMA )

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFFERSON MONTINEGRO DE**  
**LIMA**

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

**JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELIZABETE MONTINEGRO DOS**  
**SANTOS** Pai: **JAIR ABSALAO DE LIMA** Data de Nascimento: **27/8/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**  
**BRASIL** Documentos: **6144240/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS**  
**PROFISSOES** Telefones Celulares:  
- **984487422**

Endereço Residencial: **BAIRRO DE VISTA ALEGRE (BAIRRO), 57, RUA IPOJUCA - CEP: 55000-000 - Bairro: VISTA ALEGRE -**  
**JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**REGINALDO ELIAS DE SANTANA (não presente ao plantão)** - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO**  
**BRASIL**

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

**VEICULO 1 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **REGINALDO ELIAS DE SANTANA**, que estava em posse do(a) Sr(a):  
**JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDM6124** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **114823456** Chassi: **9C2KD1000JR114777**  
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **GASOLINA**  
Descrição: **MOTOCICLETA DE PLACA PDM6124**

**VEICULO 2 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **XXXXXXX** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **XXXXXX** Chassi: **XXXXXXXXXX**  
Descrição: **MOTOCICLETA DE PLACA NAO ANOTADA QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO**

### Complemento / Observação

INFORMA O NOTICIANTE QUE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA QUANDO UMA OUTRA PESSOA PILOTANDO OUTRA MOTOCICLETA SAIU DE SUA MAO E BATEU NO MESMO, FUGINDO EM SEGUIDA. INFORMA QUE DEPOIS DA COLISAO O MESMO CAIU E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA NA CIDADE MORENO. SOCORRIDO POR PARTICULAR E DEPOIS FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, SOFREU FRATURA EXPOSTA NO TORNOZELO ESQUERDO E OUTRAS ESCORIAÇÕES COMO COMPROVA O PRONTUARIO ELETRONICO DO PACIENTE DO HOSPITAL ARMINDO MOURA QUE SEGUE EM ANEXO.

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

*Jefferson M. Lima*

**JEFFERSON MONTINEGRO DE LIMA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ADEMILSON BARROS DE SANTANA** - Matrícula: **319838-3**  
(Liberado em **26/01/2021** às **16:01**)