

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272641 **Cidade:** Poção **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1,2,3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 16 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272641

Vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

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 dos punhos

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: **JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO**

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

Banco: **104**

Agência: **000000775**

Conta: **0000023133-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 114ª CIRCUNSCRIÇÃO - POÇÃO -
DP114ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0204000139

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/07/2020 às
11:44

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 23/1/2018 às 19:50

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **PESQUEIRA, 881, AVENIDA DOM ADALESTO
CORRAL - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP:
522908**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / PROXIMO A FUNERARIA SOA FE**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NAO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
PREFEITURA MUNICIPAL DE POCAO (OUTRO)
JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO**

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

**JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO (presente no plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DE PATIMA SILVA MONTEIRO Pai: ZEZITO MANOEL MONTEIRO Data de
Nascimento: 10/5/1961 Naturalidade: JATUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7897918/809/PE (RG), 84266188468 (CPF), 88248893488 (DNH) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones:
Celulares:
821388342**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE POCAO, 848, TRAVESSA MANOEL MARQUES
MACEDO, BAIRRO PRADO - CEP: 56240-898 - Bairro: CENTRO - POCAO/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**NAO HOUVE (não presente no plantão) - Sexo: Mãe: NAO INFORMADO Pai: NAO
INFORMADO Naturalidade: NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE POCAO - Ramo de Atividade: ADMINISTRACAO PUBLICA,
DEFESA E SEGURIDADE SOCIAL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO**
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/VW/VW 8158** Objeto apreendido: **NS**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDD6778 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **105242883** Chassi: **9631W82PPN23317**
 Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SR. JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO, COMUNICANDO QUE NO DIA VINTE E TRES DO MES DE NOVEMBRO DO ANO DE 2018, POR VOLTA DAS 18HS00, ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO SUPRACITADO COM DESTINO AO MATADOURO PUBLICO DA CIDADE DE PESQUEIRA, QUANDO NA AVENIDA DOM ADALBERTO SOBRAL, BAIRRO DO PRADO DA CIDADE DE PESQUEIRA SOPREU ACIDENTE; QUE, SEGUNDO A VITIMA, PAROU O VEICULO, PARA DESGER, MOMENTO EM QUE, PERCEBEU QUE VEICULO ETAVA DESCEENDO, FOI QUANDO A VITIMA CAIU DA PORTA DO MOTORISTA E NA QUEDA FRATUROU O PUNHO DO BRAÇO DIREITO; QUE, SEGUNDO A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DR. LIDIO PARAIBA, DA CIDADE DE PESQUEIRA, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS; QUE, SEGUNDO A VITIMA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE (HRA) DA CIDADE DE CARUARU, DE ONDE FOI TRANSLADADO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO DA CIDADE DE BEZERROS; QUE, NESTE MOMENTO A VITIMA FUI SUBMETIDA A CIRURGIA NO PUNHO DIREITO, TENDO COLOCADO "PINOS"; QUE, A VITIMA FICOU EM OBSERVAÇÃO POR UM DIA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO DA CIDADE DE BEZERROS, QUANDO TEVE ALTA PERMANECEU SEM PODER TRABALHAR POR APROXIMADAMENTE SEIS MESES; QUE, A VITIMA AINDA SENTE SEQUELAS DO ACIDENTE; QUE, SEGUNDO A VITIMA TRABALHAVA NA EPOCA COMO MOTORISTA DO CAMINHÃO FRIGORIFICO DA SECRETARIA DE AGRICULTURA DA CIDADE DE POÇÃO, DE FORMA QUE, O VEICULO PERTENCE A SECRETARIA MUNICIPAL, PELO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS.

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

Jose Nilton da Silva Monteiro
JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCELO DE ARAUJO XAVIER** - Matrícula: **231218-1**
 (Liberado em 20/07/2020 às 12:03)

Rio de Janeiro, 03 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272641

Vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

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, contados 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



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: 043.601.004-69 4 - Nome completo da vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

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

5 - Nome completo: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO 6 - CPF: 043.601.004-69
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: TV MANOEL MARQUES MACEDO 9 - Número: 40 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: POÇAO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55240-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 9.9988-5158

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:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A 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 abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0775 CONTA: 23133-5
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

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

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 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 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 nascituro (vai nascer)? 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, POÇAO-PE, 23-07-2020

Jose nilton da Silva monteiro
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Numero do Registro: 42244	Data e hora do Atendimento: 23/11/2018 19:50	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: URGÊNCIA GERAL
------------------------------	---	--	-------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:


Paciente: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO
 CNS: 702702600276860 Nascimento: 10/05/1981 Idade: 37 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: POCAO Nacionalidade: Brasileiro
 Filiação Mãe: MARIA DE FATIMA SILVA MONTEIRO
 Pai: ZEZITO MANOEL MONTEIRO

Documento: identidade

Endereço: TRAVESSA MANOEL MARQUES MACEDO N 40 Complemento:
 Bairro: Cidade: POCAO UF: PE Telefone:
 Acompanhante: ESPOSA
 Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim Não

Atendimento Classificação de Risco:

Data: 23/11/2018	Hora do Atendimento: 19:50	Enfermeiro:	Coram:
------------------	----------------------------	-------------	--------

Queixa Principal: *Resiente última de queda de aproximadamente 1 metro na*
 HDA: *2 horas com dor e edema no punho D*

 Silas Marconi G. Oliveira
 Enfermeiro

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não
 Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Acidente de Trabalho: Sim Não
 Colisão: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro
 Atropelamento: Sim Não Local do Impacto:
 Vítima de Fariamento: Sim Não Tipo: Sofreu Queda: Sim Não Altura: m
 Queimadura: Sim Não Por: Transporte realizado por:
 Condições de imobilização adequada: Sim Não Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: °C
 B: Respiratório FC: x SPO2
 C: Circulatorio PA: 120 x 80 mm Hg Pulso: bpm
 D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas
 Glasgow: Abertura Ocular Escora: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escora: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escora: Hora:

E: Abdômen:

Paula Maria Gomes da Silva

Atendimento Médico:

Data: 19:50

Hora: 23/11/2018 Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

E - Papan (2)

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

Imunoflexão
Ressecamento

Assinatura Médico Carimbo

Assinatura Médico
Carimbo
Luzia F. Moreira C. de Souza
Médica Ginecologista
- até 1993

Queixa Principal:

Requid do teste
decho 5563105.

Diagnóstico Definitivo:

Sistema de saúde de risco

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Curado Melhorado

Insiterado Piorado

Transferido para:

Óbito

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Número do Registro: 42244	Data e hora do Atendimento: 23/11/2018 19:50	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: URGÊNCIA GERAL
------------------------------	---	--	-------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO
 CNS: 702702600276880 Nascimento: 10/05/1981 Idade: 37 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: POÇAO Nacionalidade: Brasileiro
 Documento: Identidade Filiação Mãe: MARIA DE FATIMA SILVA MONTEIRO
 Pai: ZEZITO MANOEL MONTEIRO

Endereço: TRAVESSA MANOEL MARQUES MACEDO N 40 Complemento:
 Bairro: Cidade: POÇAO UF: PE Telefone:
 Acompanhante: ESPOSA
 Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim Não
 Procedência:

Atendimento Classificação de Risco:

Data: 23/11/2018 Hora do Atendimento: 19:50 Enfermeiro: Caren:

Queixa Principal: *Paciente vítima de queda de construção de 3 metros na
 HDA: *2 horas com dor e edema no punho D**

Silas Marcos G. Oliveira
 Enfermeiro
 11.11.2018

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não
 Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Acidente de Trabalho: Sim Não
 Colisão: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro
 Atropelamento: Sim Não Local do Impacto:
 Vítima de Ferimento: Sim Não Tipo: Sofreu Queda: Sim Não Altura: m
 Queimadura: Sim Não Por: Transporte realizado por:
 Condições de imobilização adequada: Sim Não Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: °C

B: Respiratório FC: x SPO2

C: Circulatório PA: 120 x 80 mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular Escora: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escora: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escora: Hora:

E: Abdômen:

NOME: JOSE MILTON da Silva Lima

REG.: 122585

DATA DE NASCIMENTO: 10/05/1981

DATA DA CIRURGIA: 26/11/18

DIAGNÓSTICO: Fratura com entalhe do
ulna

TRATAMENTO: Cirurgia e fixação

DATA DO RETORNO: 10/12/18

MOTIVO DO RETORNO: Os sintomas já foram
ligados mediante sua história
de 07

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 5980

14/01/19 49 07 00 A P. n. r. n. t. r.
n. r. p. s. H. d. n. o. f. e. r. r. p. s.

H. l. e. n. o. ~~24/03/15~~ 31/03/15

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

01/04/15. Ser. em 12+ cr
p. n. n. man. 1/15

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

50x 1x 1ta de 2 hrs profun

Ufale 12/12/12 ~~500~~ 28 Cop

07 Copia 16/12

04 1/2

Dolencia 125 cm

07 Infusões

3x 1ta

26/11/12

José Márcio V. Costa
Fisioterapeuta
CRM-PE 9980

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

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jose Milton do Silva Monteiro

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

23/05/18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

23/05/18

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Jose Milton do Silva Monteiro

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura radio distal O

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento cirurgico

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? SIM NÃO
CASO POSITIVO 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

1°
2°
3°
4°
5°

*Articulação presente ligam. articular
com perda de função supinador e flexão extensão
do membro. Insuperiores, consiliação U.C. com
do membro, art. e m. m. m.
+ 5% - grande*

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE *7 dias* A
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Aracaju
LOCAL

31/08/20
DATA

[Signature]
ASSINATURA E CARIMBO
Dr. JOSE CRISPINI
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.144

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

DETRAN - PE
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 011972559057

VIA 1 RENOVAÇÃO 1058428532 RNTRO ***** EXERCÍCIO 2015

NOME SECRETARIA DE AGRICULTURA E REFORMA AGRARIA

GARANHUNS-PE

CPF/CNPJ 10.572.055/0001-20 PLACA PDD5778

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9531M52P1FR523317

ESPECIE TIPO CAR CAMINHAO/C FECHADA COMBUSTIVEL DIESEL

MARCA/MODELO VW/8.160 DRC 4X2 ANO FAB 2015 ANO MOD 2015

CAP/POT/CIL 5.04T/160CV/380 CATEGORIA OFICIAL COR PREDOMINANTE BRANCA

IPVA COTA UNICA IPVA 2015 ISENTO VENC COTA UNICA 1ª *****
 FAIXA IPVA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
 3ª *****

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES SEM RESERVA 2ª. EIXO

LOCAL GARANHUNS-PE DATA 21/08/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

TRANSPORTADAS
 PE Nº 011972559057 BILHETE DE SE

SECRETARIA DE AGRICULTURA E REFORMA AGRARIA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVA PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvalsegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

SECRETARIA DE AGRICULTURA E REFORMA AGRARIA GARANHUNS-PE EXERCÍCIO 2015 DATA 21

VIA 1 CPF/CNPJ 10.572.055/0001-20 PLACA PDD5778

RENOVAÇÃO 1058428532 MARCA/MODELO VW/8.160 DRC 4X2

ANO FAB 2015 CAT. I/II 10 Nº CHASSI 9531M52P1FR523317

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGADO

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE PAGAMENTO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DE SEGURO

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 Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200272641

Vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

Data do Acidente: 23/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

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 dos punhos

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: **JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO**

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

Banco: **104**

Agência: **000000775**

Conta: **0000023133-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: **043.601.004-69** 4 - Nome completo da vítima: **JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO**

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

5 - Nome completo: **JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO** 6 - CPF: **043.601.004-69**
7 - Profissão: **AGRICULTOR** 8 - Endereço: **TV MANOEL MARQUES MACEDO** 9 - Número: **40** 10 - Complemento: **CASA**
11 - Bairro: **CENTRO** 12 - Cidade: **POÇAO** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55240-000**
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): **9.9988-5158**

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:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A 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 abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0775** CONTA: **23133-5**
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

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

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 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 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 nascituro (vai nascer)? 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, **POÇAO-PE, 23-07-2020**

Jose nilton da Silva monteiro
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 114ª CIRCUNSCRIÇÃO - POÇÃO -
DP114ªCIRC DINTER1/15ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 20E0204000139

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 20/07/2020 às
11:44

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 23/1/2018 às 19:50

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NAO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **PESQUEIRA, 881, AVENIDA DOM ADALESTO
CORRAL - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP:
522900**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / PROXIMO A FUNERARIA SOA FE**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**NAO HOUVE (AUTOR / AGENTE)
PREFEITURA MUNICIPAL DE POCAO (OUTRO)
JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
Sr(a): JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO**

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

**JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO (presente no plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DE PATIMA SILVA MONTEIRO Pai: ZEZITO MANOEL MONTEIRO Data de
Nascimento: 10/5/1961 Naturalidade: JATUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7897918/809/PE (RG), 84266188468 (CPF), 88248893488 (DNH) Estado Civil:
SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones:
Celulares:
821306342**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE POCAO, 848, TRAVESSA MANOEL MARQUES
MACEDO, BAIRRO PRADO - CEP: 56240-898 - Bairro: CENTRO - POCAO/PERNAMBUCO
/BRASIL**

**NAO HOUVE (não presente no plantão) - Sexo: Mãe: NAO INFORMADO Pai: NAO
INFORMADO Naturalidade: NAO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE POCAO - Ramo de Atividade: ADMINISTRACAO PUBLICA,
DEFESA E SEGURIDADE SOCIAL**

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

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇÃO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO**
 Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO/VW/VW 8158** Objeto apreendido: **NSE**
 Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1,000 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDD6778 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **105242883** Chassi: **9631W82PPN23317**
 Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

NESTA DATA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SR. JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO, COMUNICANDO QUE NO DIA VINTE E TRES DO MES DE NOVEMBRO DO ANO DE 2018, POR VOLTA DAS 18HS00, ESTAVA CONDUZINDO O VEICULO SUPRACITADO COM DESTINO AO MATADOURO PUBLICO DA CIDADE DE PESQUEIRA, QUANDO NA AVENIDA DOM ADALBERTO SOBRAL, BAIRRO DO PRADO DA CIDADE DE PESQUEIRA SOPREU ACIDENTE; QUE, SEGUNDO A VITIMA, PAROU O VEICULO, PARA DESGER, MOMENTO EM QUE, PERCEBEU QUE VEICULO ETAVA DESCEENDO, FOI QUANDO A VITIMA CAIU DA PORTA DO MOTORISTA E NA QUEDA FRATUROU O PUNHO DO BRAÇO DIREITO; QUE, SEGUNDO A VITIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DR. LIDIO PARAIBA, DA CIDADE DE PESQUEIRA, ONDE RECEBEU OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS; QUE, SEGUNDO A VITIMA FOI REMOVIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE (HRA) DA CIDADE DE CARUARU, DE ONDE FOI TRANSLADADO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO DA CIDADE DE BEZERROS; QUE, NESTE MOMENTO A VITIMA FUI SUBMETIDA A CIRURGIA NO PUNHO DIREITO, TENDO COLOCADO "PINOS"; QUE, A VITIMA FICOU EM OBSERVAÇÃO POR UM DIA NO HOSPITAL JESUS PEQUENINO DA CIDADE DE BEZERROS, QUANDO TEVE ALTA PERMANECEU SEM PODER TRABALHAR POR APROXIMADAMENTE SEIS MESES; QUE, A VITIMA AINDA SENTE SEQUELAS DO ACIDENTE; QUE, SEGUNDO A VITIMA TRABALHAVA NA EPOCA COMO MOTORISTA DO CAMINHÃO FRIGORIFICO DA SECRETARIA DE AGRICULTURA DA CIDADE DE POÇÃO, DE FORMA QUE, O VEICULO PERTENCE A SECRETARIA MUNICIPAL, PELO EXPOSTO, SOLICITA PROVIDENCIAS.

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

Jose Nilton da Silva Monteiro
JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO
 (VITIMA)

B.O. registrado por: **MARCELO DE ARAUJO XAVIER** - Matrícula: **231218-1**
 (Liberado em 20/07/2020 às 12:03)

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: 043.601.004-69 4 - Nome completo da vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

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

5 - Nome completo: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO 6 - CPF: 043.601.004-69
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: TV MANOEL MARQUES MACEDO 9 - Número: 40 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: POÇAO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55240-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 9.9988-5158

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:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A 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 abaixo. Assinale uma opção)

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0775 CONTA: 23133-5
(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)

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

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 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 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 nascituro (vai nascer)? 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
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, POÇAO-PE, 23-07-2020

Jose nilton da Silva monteiro
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Numero do Registro: 42244	Data e hora do Atendimento: 23/11/2018 19:50	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: URGÊNCIA GERAL
------------------------------	---	--	-------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO
 CNS: 702702600276860 Nascimento: 10/05/1981 Idade: 37 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: POCAO Nacionalidade: Brasileiro
 Filiação Mãe: MARIA DE FATIMA SILVA MONTEIRO
 Pai: ZEZITO MANOEL MONTEIRO

Documento: identidade

Endereço: TRAVESSA MANOEL MARQUES MACEDO N 40 Complemento:
 Bairro: Cidade: POCAO UF: PE Telefone:
 Acompanhante: ESPOSA
 Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim Não

Atendimento Classificação de Risco:

Data: 23/11/2018 Hora do Atendimento: 19:50 Enfermeiro: Coren:

Queixa Principal: *Resiente última de queda de aproximadamente 1 metro na
 HDA: 2 horas com dor e edema no punho D*

Silas Marconi G. Oliveira
 Enfermeiro
 11.11.1977

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não
 Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Acidente de Trabalho: Sim Não
 Colisão: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro
 Atropelamento: Sim Não Local do Impacto:
 Vítima de Fariamento: Sim Não Tipo: Sofreu Queda: Sim Não Altura: m
 Queimadura: Sim Não Por: Transporte realizado por:
 Condições de imobilização adequada: Sim Não Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: °C

B: Respiratório FC: x SPO2

C: Circulatorio PA: 120 x 80 mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular Escora: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escora: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escora: Hora:

E: Abdômen:

Paula Maria Gomes da Silva

Atendimento Médico:

Data: 19:50

Hora: 23/11/2018 Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados:

E - Papan (2)

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

Imunoflexão
Ressecamento

Assinatura Médico Carimbo

Paula Maria C. da Silva
Médica Ginecologista
- até 1993

Queixa Principal:

Requid do teste
decho 5563105.

Diagnóstico Definitivo:

Sistema de saúde de risco

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Curado Melhorado

Insiterado Piorado

Transferido para:

Óbito

Internado na Clínica:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / /

Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamentos clínicos e /ou cirúrgicos, inclusive transfusões, exames complementares e transporte se forem necessários.

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível: _____

Nº da Identidade: _____

Assinatura: _____

FICHA DE ATENDIMENTO / CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Número do Registro: 42244	Data e hora do Atendimento: 23/11/2018 19:50	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada: URGÊNCIA GERAL
------------------------------	---	--	-------------------------------------

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO
 CNS: 702702600276880 Nascimento: 10/05/1981 Idade: 37 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: POÇAO Nacionalidade: Brasileiro
 Documento: Identidade Filiação Mãe: MARIA DE FATIMA SILVA MONTEIRO
 Pai: ZEZITO MANOEL MONTEIRO

Endereço: TRAVESSA MANOEL MARQUES MACEDO N 40 Complemento:
 Bairro: Cidade: POÇAO UF: PE Telefone:
 Acompanhante: ESPOSA
 Ocorrência: Acidente de trabalho: Sim Não
 Procedência:

Atendimento Classificação de Risco:

Data: 23/11/2018 Hora do Atendimento: 19:50 Enfermeiro: Caren:

Queixa Principal: *Paciente vítima de queda de construção de 3 metros na
 HDA: *2 horas com dor e edema no punho D**

Silas Marcos G. Oliveira
 Enfermeiro
 11.11.2018

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não
 Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: Acidente de Trabalho: Sim Não
 Colisão: Sim Não Tipo: Motorista Passageiro
 Atropelamento: Sim Não Local do Impacto:
 Vítima de Ferimento: Sim Não Tipo: Sofreu Queda: Sim Não Altura: m
 Queimadura: Sim Não Por: Transporte realizado por:
 Condições de imobilização adequada: Sim Não Por que:

Exame físico:

A: Geral Via aérea está pervia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: °C

B: Respiratório FC: x SPO2

C: Circulatorio PA: 120 x 80 mm Hg Pulso: bpm

D: Exame Neurológico Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas

Glasgow: Abertura Ocular Escora: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escora: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escora: Hora:

E: Abdômen:

NOME: JOSE MILTON da Silva Lima

REG.: 122585

DATA DE NASCIMENTO: 10 / 05 / 1981

DATA DA CIRURGIA: 26 / 11 / 18

DIAGNÓSTICO: Fratura com entalhe do
ulna

TRATAMENTO: Cravado e placa - ferro

DATA DO RETORNO: 10 / 12 / 18

MOTIVO DO RETORNO: Os ossos e feridas
ligadas mediante uma fixação
90 dia

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 5980

14/01/19 49 dia 00 A P. auto
rapido. H. de auto ferro, por

H. ferro ~~24/03/15~~ 31/03/15

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

01/04/15. Ser. em 12+ cr
p. 4 man. 1/15

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

50x 1x 1ta de 2 hrs profun

Uplab 12/12/12 ~~500~~ 28 Cop

07 Uplab 12/12/12

04 12/12

Dolencia 125 ca

07 Uplab

3x 12/12

26/11/12

José Márcio V. Costa
Frenologia-Ortopedia
CMA-PE 9920

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

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

João Milton do Silva Monteiro

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

23/05/18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

23/05/18

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

João Milton do Silva Monteiro

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura radio distal O

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento cirúrgico

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? SIM NÃO
CASO POSITIVO 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	<i>Articulação presente ligamento articular</i>
2º	<i>com perda de função supinador e flexão extensão</i>
3º	<i>do membro. Insuperador, flexão/ extensão U. Cond</i>
4º	<i>do membro, art. rádio carpal</i>
5º	<i>+ 5% - 12%</i>

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE *7 dias* A E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Arroio Verde

31/08/20

[Signature]
Dr. JOÃO CRISPIANI
Ortopedia e Traumatologia
CRM 23.144

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1421001524



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1421001524



Nome: JOSE MILTON DA SILVA MONTENHO

Doc. Identificador / Data Emissão / UF: 1097616 808 PE

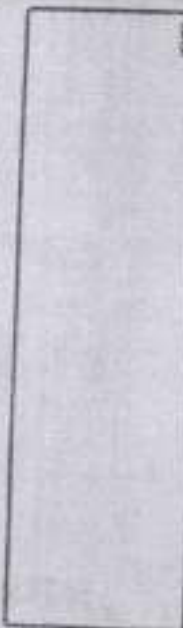
CPF: 043.601.004-69 Data Nascimento: 10/05/1981

Parente: ERICITO MARCEL MONTENHO
MARTA DE FATIMA SILVA MONTENHO

Sexo: M
Altura: 1,70
Peso: 65,00
Caf. Hab: 10

Nº Registro: 05549001485
Validade: 14/10/2019
Assinatura: 21/01/2018

Observações: KMS



Foro: Região de Saúde Saúde

Local: PEROBERA - PE Data Emissão: 01/02/2017

[Signature]
Osteo. Antônio Carlos Silva
Médico Responsável
CRO/PE 12077

PERNAMBUCO

9835599647
2807768118

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

Nº 011972559057

VIA	RENAVAM	RNTRO	EXERCICIO
1	1058428532	*****	2015

NOME
SECRETARIA DE AGRICULTURA E REFORMA AGRARIA

GARANHUNS-PE

CPF/CNPJ	PLACA
10.572.055/0001-20	PDD5778

PLACA ANT/UF	CHASSI
*****	9531M52P1FR523317

ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
CAR CAMINHAO/C FECHADA	DIESEL

MARCA/MODELO	ANO FAB	ANO MOD
VW/8.160 DRC 4X2	2015	2015

CAP/POT/CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
5.04T/160CV/380	OFICIAL	BRANCA

COTA UNICA	VENC COTA UNICA	VENC/COTAS
IPVA 2015 ISENTO	1ª *****	2ª *****
FAIXA IPVA	PARCELAMENTO/COTAS	3ª *****
1	*****	

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA 2º. EIXO

LOCAL	DATA
GARANHUNS-PE	21/08/15

Charles Andrews Sousa Ribeiro

TRANSPORTADAS
PE Nº 011972559057 BILHETE DE SE

SECRETARIA DE AGRICULTURA E RE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVA PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvalsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SECRETARIA DE AGRICULTURA E REFORMA AGRARIA
GARANHUNS-PE

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	10.572.055/0001-20	PDD5778

RENAVAM	MARCA / MODELO
1058428532	VW/8.160 DRC 4X2

ANO FAB	DATA IMPR	Nº CHASSI
2015	10	9531M52P1FR523317

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO

CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGAR

PAGAMENTO	DATA DE PAGAMENTO
<input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272641 **Cidade:** Poção **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (ANEXO P1,2,3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA 50% DO PUNHO DIREITO.

(P1) COMPLEMENTO DA INDENIZAÇÃO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 18/08/2020.

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 superiores	70 %	Em grau médio - 57,2 %	40,04%	R\$ 5.405,40
Total			40,04 %	R\$ 5.405,40

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272641 **Cidade:** Poção **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1,2,3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272641 **Cidade:** Poção **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (P1,2,3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO DIREITO.

Documentos complementares:

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200272641 **Cidade:** Poção **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO **Data do acidente:** 23/11/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PUNHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. (ANEXO P1,2,3)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA JÁ INDENIZADA 50% DO PUNHO DIREITO.

(P1) COMPLEMENTO DA INDENIZAÇÃO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 18/08/2020.

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 superiores	70 %	Em grau médio - 57,2 %	40,04%	R\$ 5.405,40
Total			40,04 %	R\$ 5.405,40

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214078/20

Número do Sinistro: 3200272641

Vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

CPF: 043.601.004-69

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 23/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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 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: 01/09/2020
Nome: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO
CPF: 043.601.004-69

JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/09/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0214078/20

Vítima: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

CPF: 043.601.004-69

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 23/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO : 043.601.004-69

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: 31/07/2020
Nome: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO
CPF: 043.601.004-69

JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso