



Número: **0134336-69.2021.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 26ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **16/12/2021**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
97624 220	27/01/2022 10:37	ANEXO 3	Outros (Documento)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: DOC / TED

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00775

CONTA: 000000023133-5

Nr. da Autenticação BA102FB757D1B9BB



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





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.

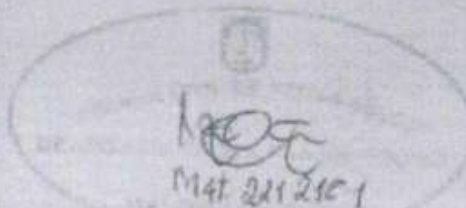
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00563/00564 - carta_15R - INVALIDEZ





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0204000139

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 23/11/2018 às 19:50

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÁNSITO COM VITIMA NÃO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **PESQUEIRA, 881, AVENIDA DOM ADALBERTO
CORRAL - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP:
55298**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / PROXIMO A FUNERARIA BOA 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**

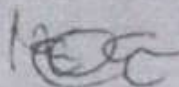
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

**JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO (presente no plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DE FATIMA SILVA MONTEIRO Pai: ZEITO MANOEL MONTEIRO Data de
Nascimento: 10/8/1981 Naturalidade: JATAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7887616/SS/PE (RG), 84288188488 (CPF), 8828883488 (DM) Estado Civil:
SOLTEIRO(A); Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones:
Celulares:
921388342**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE POCAO, 040, TRAVESSA MANOEL MARQUES
NACEDO, BAIRRO PRADO - CEP: 55240-898 - 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**

 20/07/2020 12:0



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

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

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

Placa: **PDD6772 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **108842863** Chassi: **9831W62PPR23317**
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 SOFREU ACIDENTE; QUE, SEGUNDO A VITIMA, PAROU O VEICULO, PARA DESGER, MOMENTO EM QUE, PERCEBEU QUE VEICULO ETAVA DESCENDO, 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. LIBIO 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 BEZERRAS; 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 BEZERRAS, 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)





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, 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,

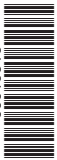
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15998927

Pag. 01291/01292 - carta_01 - INVALIDEZ

00010646



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 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 POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0775** CONTA: **23133-5** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 (vtnascor)? 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário devidamente autenticado

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

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)

001 V002/2019



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:

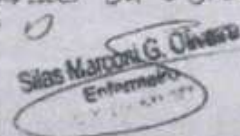
Paciente: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO
 CNS: 702702600276860 Nascimento: 10/05/1981 Idade: 37 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: POCÃO Nacionalidade: Brasileiro
 Filiação Mãe: MARIA DE FATIMA SILVA MONTEIRO
 Pai: ZEZITO MANOEL MONTEIRO

Documento: Identidade

Endereço: TRAVESSA MANOEL MARQUES MACEDO N 40 Complemento:
 Bairro: Cidade: POCÃO 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: Coren:

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


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: Score: Hora: Glasgow: Resposta Verbal: Score: Hora: Glasgow: Resposta Motora: Score: Hora:

E: Abdômen:



Paula Souza Junior - da Alta

Atendimento Médico:

Data: 19-50

Hora: 23/11/2018 Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: E - Papan (12)

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

Imunoglobulina
Desconhecida

Assinatura Médico Carimbo

Queixa Principal

Requid do teste
teste 5563105.

Diagnóstico Definitivo:

Sintoma Paula Souza

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Curado Melhorado
 Insatisfeito Piorado
 Óbito

Transferido para:

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 Legal: _____

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 Legal: _____

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: 702702500276860 Nascimento: 10/05/1981 Idade: 37 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: POCAO 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: POCAO 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 consistência de 3 metro na*
 HDA: *2 horas com dor e edema no punho D*

Silas Marcos G. Oliveira
 Enfermeiro
 23/11/2018

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: Local do Impacto: Motorista Passageiro
 Atropelamento: Sim Não
 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 patia: 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 Anisicóricas

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

E: Abdômen:



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: JOSE MILTON da Silva Mendes

REG.: 122585

DATA DE NASCIMENTO: 10 / 05 / 1981

DATA DA CIRURGIA: 26 / 11 / 18

DIAGNÓSTICO: Fratura com instabilidade
da 5ª

TRATAMENTO: Estresse e fixação com

DATA DO RETORNO: 10 / 12 / 18

MOTIVO DO RETORNO: Os sintomas foram
ligados a uma nova lesão
90 dias

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

14/01/19 45 dias de A.P. com
repouso. A dor não foi mais
A dor 24/03/15 3/03/15

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

01/04/15. Sem dor / 2+ CP
PM manual. 1/15

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





HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

JOX MILTA de 3/na semana

Uptake 1250 ~~400~~ 28 Lqf

OT Uptake 600

OT 110

Dobson 1250

OT Uptake

3x Uptake

26/1/12

João Márcio V. Costa
Trensado - Ortopedia
CRLPE 9085

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728 1586 / 1099



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: 23/11/18 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23/11/18

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 [X] 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. [X] 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	<u>Articulação presente ligamentos articulares</u>
2º	<u>com perda de função supinador e flexão extensão</u>
3º	<u>do membro, predominantemente, conservação de 1/3</u>
4º	<u>do membro, e 1/3 a musculatura</u>
5º	<u>+ 5% de perda</u>

A FIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE Julho A Agosto E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS. LOCAL: Aracaju DATA: 30/08/20 ASSINATURA E CARIMBO: [Assinatura]

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 RENTRO: ***** 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

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

PRÊMIO TARIFARIO (R\$): I OF (R\$): PRÊMIO TOTAL (R\$): DATA DE PAGAMENTO: SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA 20. EIXO

LOCAL: GARANHUNS-PE DATA: 21/08/15
 Charles Andrews Sousa Ribeiro

TRANSPORTADOR
 PE Nº 011972559057 BILHETE DE SEGURO
 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.dpvasegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

RMA AGRARIA GARANHUNS-PE EXERCÍCIO: 2015 DATA: 21

VIA: 1 CPF / CNPJ: 10.572.055/0001-20 PLACA: PDD

RENOVAÇÃO: 1058428532 MARCA / MODELO: VW/8.160 DRC 4X2

ANO FAB: 2015 CAL. IRRF: 10 Nº CHASSI: 9531M52P1FR523317

PRÊMIO TARIFÁRIO

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

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

PAGAMENTO: COTA UNICA 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 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **0775** CONTA: **23133-5** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 (vtnascor)? 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário devidamente autenticado

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

40 - Local e Data, **POÇAO-PE, 23-07-2020**

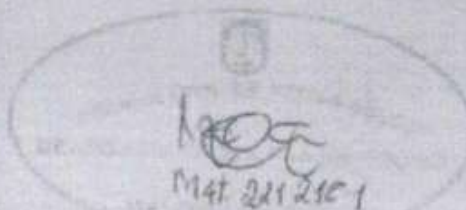
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

0001 V002/2019





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0204000139

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
que aconteceu no dia 23/11/2018 às 19:50

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRÁNSITO COM VITIMA NÃO FATAL**
Fato ocorrido no endereço: **PESQUEIRA, 881, AVENIDA DOM ADALSTO
CORRAL - Bairro: CENTRO - PESQUEIRA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP:
55298**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / PROXIMO A FUNERARIA BOA 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 FATIMA SILVA MONTEIRO Pai: ZEITO MANOEL MONTEIRO Data de
Nascimento: 10/8/1981 Naturalidade: JATAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7887616/SS/PE (RG), 84288188488 (CPF), 8828883488 (DM) Estado Civil:
SOLTEIRO(A); Escolaridade: 1ª. GRAU COMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones:
Celulares:
821388342**

**Endereço Residencial: MUNICIPIO DE POCAO, 040, TRAVESSA MANOEL MARQUES
NACEDO, BAIRRO PRADO - CEP: 55240-898 - 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**

20/07/2020 12:0



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

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

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

Placa: **PDD6772 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **108842863** Chassi: **9831W62PPR23217**
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 SOFREU ACIDENTE; QUE, SEGUNDO A VITIMA, PAROU O VEICULO, PARA DESGER, MOMENTO EM QUE, PERCEBEU QUE VEICULO ETAVA DESCENDO, 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 BEZERRAS; 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 BEZERRAS, 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: **221218-1**
(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 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) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: **0775** CONTA: **23133-5** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 (vencosor)? 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário devidamente autenticado

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

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)

001 V002/2019



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:

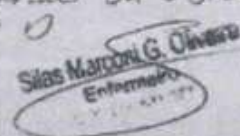
Paciente: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO
 CNS: 702702600276860 Nascimento: 10/05/1981 Idade: 37 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: POCÃO Nacionalidade: Brasileiro
 Filiação Mãe: MARIA DE FATIMA SILVA MONTEIRO
 Pai: ZEZITO MANOEL MONTEIRO

Documento: Identidade

Endereço: TRAVESSA MANOEL MARQUES MACEDO N 40 Complemento:
 Bairro: Cidade: POCÃO 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: Coren:

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


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: Score: Hora: Glasgow: Resposta Verbal: Score: Hora: Glasgow: Resposta Motora: Score: Hora:

E: Abdômen:



Paula Souza Junior - da Alta

Atendimento Médico:

Data: 19:50

Hora: 23/11/2018 Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: E - Papanicolaou (PAP)

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

Imunização
Desconforto

Assinatura Médico Carimbo

Queixa Principal

Requer do teste de
Hebe 5563105.

Diagnóstico Definitivo:

Sintoma Paula Souza

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Curado Melhorado
 Insatisfeito Piorado
 Óbito

Transferido para:

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 Legal: _____

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 Legal: _____

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: 702702500276860 Nascimento: 10/05/1981 Idade: 37 Sexo: Masculino Cor: Parda
 Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: Naturalidade: POCAO 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: POCAO 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 consistência de 3 metro na*
 HDA: *2 horas com dor e edema no punho D*

Silas Marcos G. Oliveira
 Enfermeiro
 11.11.1971

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 patia: 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 Anisicóricas

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

E: Abdômen:



Paulo Alexandre - da Alta -

Atendimento Médico:

Data: 19:50

Hora: 23/11/2018 Médico:

CRM:

Diagnóstico Inicial:

Exames Solicitados: Ex - Papanicolaou (12)

Resultado dos Exames:

Cód Procedimento:

Tratamento/Procedimentos

Imunofortalecimento
Recondicionamento

Assinatura Médico Carimbo

Queixa Principal:

Reparar do lepro de
deuho 5563105.

Diagnóstico Definitivo: Síndrome de Paulsen

Diagnóstico do Caso:

Condição da Alta:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Curado Melhorado

Inalterado Piorado

Óbito

Transferido para:

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: _____



HOSPITAL
JESUS PEQUENINO

NOME: JOSE MILTON da Silva Mendes

REG.: 122585

DATA DE NASCIMENTO: 10 / 05 / 1981

DATA DA CIRURGIA: 26 / 11 / 18

DIAGNÓSTICO: Fratura com instabilidade
da 5ª

TRATAMENTO: Estrepe e placa - parafusos

DATA DO RETORNO: 10 / 12 / 18

MOTIVO DO RETORNO: Os sintomas e feridas
ligadas melhoram para tratamento
90 dias

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM-PE 6980

14/01/19 45 dias de tratamento
rapido. A dor não ficou, mas
a dor ~~24/03/15~~ 3/03/15

João Marilton V. Costa
Traumato-Ortopedia
CRM - 5980

01/04/15. Sem dor 12+ cr
pda man. 1/5

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





HOSPITAL
JESUS PEQUENINHO

JOX MILTA de 3/na perfusão

Uptake 125 ~~400~~ 28 Lqf

OT Uptake 600

OT 110

Dobson 125 0

OT Uptake

3x Uptake

26/11/12

João Márcio V. Costa
Tecnólogo em Ortognose
CRULPE 9085

Av. Major Aprígio da Fonseca, s/n - Bezerros - PE - Fone/Fax: (0xx81) 3728 1586 / 1099



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: 23/11/18 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 23/11/18

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 [X] 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. [X] 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	<u>Articulação presente ligamentos articulares</u>
2º	<u>com perda de função supinador e flexão extensão</u>
3º	<u>do membro, predominantemente, conservação de 1/3</u>
4º	<u>do membro, atrelado muscular</u>
5º	<u>+ 5% de perda</u>

A FIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE Julho A Agosto E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS. LOCAL: Aracaju DATA: 31/08/20 ASSINATURA E CARIMBO: [Assinatura]

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
 RENAVAM: 1058428532
 RNTRO: *****
 EXERCICIO: 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

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

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

OBSERVAÇÕES:
 SEM RESERVA 20. EIXO

LOCAL: GARANHUNS-PE
 DATA: 21/08/15
 Charles Andrews Sousa Ribeiro

TRANSPORTADOR
 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.dpvaasegurodotransito.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

RMA AGRARIA
 GARANHUNS-PE EXERCICIO: 2015

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

RENAVAM: 1058428532
 MARCA / MODELO: VW/8.160 DRC 4X2

ANO FAB: 2015
 ANO MOD: 10
 CHASSI: 9531M52P1FR523317

PRÊMIO TARIFÁRIO

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


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

PAGAMENTO: COTA UNICA PARCELADO
 DATA DE PAGAMENTO:

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.248.608/0001-04
 www.seguradoralider.com.br

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DE SEGURO





FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradotalider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
 Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
 SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
 Canal de Denúncia: 0800 591 2568 | Ouvidoria: 0800 021 91 85

Número do pedido DPVAT: 3200-272641	Data da solicitação: 20-08-2020
Nome do beneficiário: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO	CPF do beneficiário: 043.601.004-69
Nome do solicitante: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO	CPF do solicitante: 043.601.004-69

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (067) 9.9988-5158 Tel. Comercial: () Tel. Residencial: ()
 E-mail: _____

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

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

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

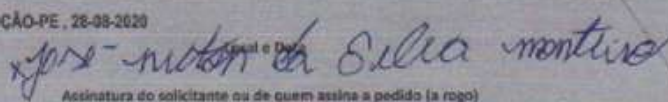
NÃO SIM, informo qual(is) documento(s) está(ão) sendo entregue(s):

- Novos documentos médicos
- Laudo do IME
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros: _____ (DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

VENHO POR MEIO DESTA SOLICITAR A REANÁLISE DO MEU PROCESSO, TENDO EM VISTA QUE O VALOR RECEBIDO FOI INSUFICIENTE PARA MINHA LESÃO. POR MEIO DESTA PEÇO A REANÁLISE DA MINHA DOCUMENTAÇÃO NOVA. DESDE JA AGRADEÇO E AGURDO NOTÍCIAS.

POCÃO-PE, 28-08-2020



Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não afetada:

O não afetado deverá escolher pessoa de sua confiança, afetada(s), maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, e seu pedido (a seu nome).



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

Titular do CPF: JOSE NILTON DA SILVA MONTEIRO

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
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

