

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

14/12/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8197122

VALOR TOTAL:

675,00

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00046

CONTA: 000000004364

Número da Autenticação

CC23E603C0F7178D

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220054637 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR **Data do acidente:** 02/08/2019 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA 1º FALANGE DO 2º QUIRODÁCTILO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(FIOS DE KIRSCHNER P.2)
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO DO 2º QUIRODÁCTILO 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 DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO 2º QUIRODÁCTILO
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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

Rio de Janeiro, 16 de Dezembro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220054637

Vítima: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

Data do Acidente: 02/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

Valor: R\$ 675,00

Banco: 104

Agência: 000000046

Conta: 000004364-0

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o paciente **ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR**, prontuário nº **1181501**, admitido neste hospital em 02/08/2019 com diagnóstico de Fratura da primeira falange do 2º quirodáctilo da mão direita, sendo submetido a tratamento cirúrgico. Recebeu alta hospitalar em 08/08/2019.

Recife, 29 de Outubro de 2019.

Roberta C. de Almeida
Diretora Técnica
Hospital Santo Amaro
CRM/PE - 13434

Drª Roberta Cavalcanti de Almeida
Diretora Técnica do Hospital Santo Amaro

Santa Casa de Misericórdia do Recife

Av. Cruz Cabugá, 1536 - Santo Amaro | Recife - PE - CEP 50040-000 | Fone: (81) 3412.3800
www.santacasarecife.org.br



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:653505 Prontuário:1181501 Data de Nascimento:05/09/84 Idade:34 ANO(S)
Nome do Paciente:**ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR (Laudo para Revisão)** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:IRACI DE OLIVEIRA JANUARIO
CPF: 04903089452

Data: 07/08/2019

BOLETIM OPERATÓRIO

Recife,07/08/2019-16:38

>>DIAGNÓSTICO >> FRATURA DE F1 DO 2o QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA
>>PROCEDIMENTO >> TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE F1 DO 2o QUIRODÁCTILO DA MÃO
DIREITA + REDUÇÃO + MANIPULAÇÃO ARTICULAR

CIRURGIÃO: Leonardo Pinheiro

// DESCRIÇÃO CIRÚRGICA //

1. Paciente em DDH sob bloqueio anestésico MS
2. Assepsia, anti-sepsia, campo cirúrgicos
3. Redução sob tração da fratura
4. Fixação percutânea com 2 fios-k 1.0 intramedulares sob controle radioscópico
5. Confirmado redução
6. Realizado manipulação articular
7. Curativo
8. Tala

Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM:17884



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:653505 Prontuário:1181501 Data de Nascimento:05/09/84 Idade:34 ANO(S)

Nome do Paciente:**ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR** Sexo:Masculino

Nome da Mãe:IRACI DE OLIVEIRA JANUARIO

CPF: 04903089452

Data: 07/08/2019

**MOTIVO DA ALTA
MELHORADO**

Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

~~Leonardo Pinheiro
Carvalho CRM: 17884
08/08/2019~~

~~Leonardo Pinheiro
Carvalho CRM: 17884
08/08/2019~~



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412 3800 | Email: sta_casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

Registro:653505 Prontuário:1181501 Data de Nascimento:05/09/84 Idade:34 ANO(S)
Nome do Paciente:**ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR** Sexo:Masculino
Nome da Mãe:IRACI DE OLIVEIRA JANUARIO
CPF: 04903089452

Data: 07/08/2019

SÚMARIO DE ADMISSÃO E ALTA

DIAGNÓSTICO INICIAL(CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):
S62 - FRATURA AO NÍVEL DO PUNHO E DA MÃO I NOTA

PROCEDIMENTO SOLICITADO:Tratamento Cirúrgico de Fratura da 1ª Falange do 2º Quirodáctilo da Mão Direita CÓDIGO: 0408020377

TEMPO DE PERMANÊNCIA PREVISTO:

PROCEDIMENTO REALIZADO: Tratamento Cirúrgico de Fratura da 1ª Falange do 2º Quirodáctilo da Mão Direita + Redução + Manipulação Articular CÓDIGO:0408020377 / 0408020210 / 0408060158

COD.	EQUIPE	NOME	MATRICULA
1	CIRURGIÃO	:Dr. Leonardo Pinheiro	17884
2	1.AUX CIRÚRGICO:		
3	2.AUX CIRÚRGICO:		
4	ANESTESIA	:	
5	ANESTESISTA	:Dr. Nathalia Lins	23638
6	CLÍNICA MÉDICA	:	

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS:

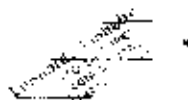
USO DE PRÓTESE, ÓRTESE,

RESUMO DE CASO: Paciente vítima de acidente carro X moto, resultando em Fratura da 1ª Falange do 2º Quirodáctilo da Mão Direita. Evoluindo com dor e edema local.

Necessitando de correção cirúrgica.
Operado. Alta Hospitalar após melhora.

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE FASCITE
UNIDADE DE REGISTRO DE FASCITE

ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6728899 SDS PE

CPF: **049.030.894-52** DATA NASCIMENTO: **05/09/1984**

FILIAÇÃO
ARNOLD CARLOS DA SILVA
IRACI DE OLIVEIRA JARDI
ARIÓ

PERMISSÃO: **PROTEÇÃO** ACC: **PROTEÇÃO** CAT. HAB: **AD**

Nº REGISTRO: **04432473260** VALIDADE: **29/11/2024** 1ª HABILITAÇÃO: **06/08/2008**

OBSERVAÇÕES
 CRTCP
 CRTVE
 MAR

Arnold Carlos da Silva Junior

LOCAL: **RECIFE, PE** DATA EMISSÃO: **01/04/2022**

Assinatura do Portador: *Roberto Furtado*
 Assinatura do Emissor:

PERNAMBUCO

2325484270

40884513668
 PE111581702

DENAFAN CONTAFAN

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
2325484270

RECIBIDO PLASTIFICAR
2325484270

PROCURAÇÃO

Outorgante: Amold Carlos da Silva Junior, Brasileiro(a), Estado Civil Solteiro, Profissão Motorista, Residente e domiciliado à Rua Bages, nº 180, Bairro Mostardinha, Município de: Peixe, Estado PE, Cep 50760-170, Rg nº 6728899, órgão emissor SDS / PE e CPF nº 049030894-52

Outorgado(a): Juliana Maria da Silva Nascimento, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Amold Carlos da Silva Junior, ocorrido em 02/08/2019, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Lider dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Peixe, 18 de Julho de 2022.

Amold Carlos da Silva Junior

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0030468/22

Vítima: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

CPF: 049.030.894-52

Seguradora: SUHAI SEGURADORA S.A.

Data do acidente: 02/08/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR : 049.030.894-52

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: 18/11/2022
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/11/2022
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

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: 049030894-52 4 - Nome completo da vítima: Arnold Carlos da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Arnold Carlos da Silva Junior 6 - CPF: 049030894-52
7 - Profissão: motociclista 8 - Endereço: Rua Bojes 9 - Número: 130 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Mustardinho 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50760-470
15 - E-mail: centnabegrecife@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81)98671-1713

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 OU 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: 0046 CONTA: 4364 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro DPVAT.

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.

34 - Inscrito digitalmente Vítima ou beneficiário do acidente
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: Recife 16 de Novembro de 2022.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Arnold Carlos da Silva Junior



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 22E0109005560

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **15/07/2022** às **11:29**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **2/8/2019** às **08:00**

Fato ocorrido no endereço: **CAJUEIRO SECO, 01, RUA IATE** - Bairro: **CAJUEIRO SECO - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54000000**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ADRIANO OLIVEIRA DA SILVA (OUTRO)
ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR**

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

ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **IRACI DE OLIVEIRA JANUARIO** Data de Nascimento: **5/9/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6728899/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTOCICLISTA** Telefones Celulares: **- 984366254**

Endereço Residencial: **RUA LAJES, 180 - CEP: 55000-000 - Bairro: MUSTARDINHA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

ADRIANO OLIVEIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Residencial: **RUA LAJES - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIANO OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIK2087 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **543983637** Chassi: **9C2ND1110DR009730**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL** Seguro/Apolice: **INDEFINIDO**
Descrição: **HONDA/XRE 300**

VEICULO02 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CLASSIC** Objeto apreendido: **NÃO**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Seguro/Apolice: **INDEFINIDO**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SR ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR PARA RELATAR OS FATOS A SEGUIR: QUE NO DIA 02/08/2019 SOFREU UM ACIDENTE ONDE ESTAVA CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA QUANDO UM VEICULO FOI ENTRAR EM UMA RUA E DE VEZ ELE TRANCOU A VITIMA QUE FOI ATENDIDO NA SANTA CASA DE MISERICORDIA DO RECIFE SOB O PRONTUARIO 1181501, A QUAL PASSOU POR UM PROCEDIMENTO OPERATORIO EM SUA MAO, CONFORME DOCUMENTOS APRESENTANDO AO FAZER O BOLETIM, NADA MAIS ACRESCENTAR.

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


ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: **HENDERSON AUGUSTO COSTA MACHADO** - Matrícula: **319690-9**
(Liberado em **15/07/2022** às **11:57**)

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: 049030894-52 4 - Nome completo da vítima: Arnold Carlos da Silva Junior

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: Arnold Carlos da Silva Junior 6 - CPF: 049030894-52
7 - Profissão: motociclista 8 - Endereço: Rua Borges 9 - Número: 130 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Mustardinho 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50760-470
15 - E-mail: centnabegrecife@gmail.com 16 - Tel. (DDD): (81)98671-1713

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR OU CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 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 OU 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: 0046 CONTA: 4364 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.

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização do Seguro DPVAT.

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.

34 - Inscrito digitalmente Vítima ou beneficiário do acidente
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: Recife 16 de Novembro de 2022.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Arnold Carlos da Silva Junior

50

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR

1. Ocorrência da Emergência: 752516

1.1 - Atendimentos em: 02/08/2019

1.2 - Às horas 10 e 34 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1126862

2.1 – Internado em:

2.2 - Alta em:

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA DO 2º QUIRODACTILO DIREITO.

4. Tratamento: IMOBILIZAÇÃO + TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTO AMARO EM 02/08/2019.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 23.8.2022
HORA: 12:54:32
PASTA: 01.08.2022
GSL
ML

Gustavo Souza Leão
CRM - 11075

Dr. Gustavo Souza Leão.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ARNOLD CARLOS DA SILVA JUNIOR
 Data Nasc.: 05/09/1984 Idade: 34 Sexo: MASCULINO Cor: _____
 CPF: 04903089452 RG: 6728899 Fone: 88352238
 Endereço: RUA LAJES Cidade: RECIFE
 Bairro: MUSTARDINHA Fone: 88352238
 CEP: 50760170 Fone: 88352238
 Nome da Mãe: IRACI DE OLIVEIRA JANUARIO Nº: 180
 Acompanhante: ARNOLD (O MESMO) Estado: PE
 Nome do Conjuge: _____
 Local de Procedência: UPA TORROES
 Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
 Ocorrência: SENHA 5739330 * PACIENTE REFERE TRAUMA EM MAO DIREITA APOS ACIDENTE DE MOTO/CARRO

Acidente de Trabalho: Sim Não

2 - ATENDIMENTO DATA: 02/08/2015 HORA: 10:34 h Médico: _____

Queixa Principal / HDA: *Paralisação da mão direita após acidente de moto*
em 02/08/15 às 10:34 h
000

Múcio Leônico Lima Filho
 Traumato-Ortopedista
 TEOT 16870
 CRM 17279 PE

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim Não Episódio Emético: Sim Não Acidente de Trabalho: Sim Não
 Acidente de Trânsito: Sim Não Tipo: _____
 Colisão: Sim Não Tipo: _____
 Atropelamento: Sim Não Local de Impacto: _____ Motorista: Passageiro:
 Vítima de Ferimento: Sim Não Tipo: _____
 Queimadura: Sim Não Por: _____ Sofreu Queda: Sim Não Altura: _____ m
 Condições de imobilização adequadas: Sim Não Transporte Realizado por: _____
 Observações: *HAS (-)*
DMC (-) *mesq. alergia medicamentosa*
 Por que: _____

Exame Físico

A: Geral Via aérea esta pérvia: Sim Não O paciente fala: Sim Não Temp.: _____ °C

B: Respiratório *est. em 100% e saturação parcial de O2 100%*

C: Circulatório *est.*
 PA: *x* mm | Pulso: *bpm*

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD MSE MID MIE Pupilas: Isocóricas Anisocóricas
 Glasgow: Abertura Ocular Escote: *4* Hora: _____
 Glasgow: Resposta Verbal Escote: *5* Hora: _____
 Glasgow: Resposta Motora Escote: *6* Hora: _____
sem déficit vestibular no motor

48100