

BANCO BRADESCO 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: 237

AGÊNCIA: 1234

CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:

20/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

320036029901

VALOR TOTAL:

2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAMISON DA SILVA SA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 06039

CONTA: 000000011485

Número da Autenticação



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - BOMBA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
 CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 1005943-91 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JAMISSON DA SILVA SA SA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

FZ LAJES 3583

CPF: 114.379.544-05

AIRI - REGIÃO DO AIRMAIRI

FLORESTA PE

56400-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 RESIDENCIAL
 Tráfego

CODIGO DE BARRAS	MÊS
7026502637	03/2020
DATA DE EMISSÃO	DATA DE VENCIMENTO
27/03/2020	22/04/2020
TOTAL A PAGAR	
78,89	

UNIDADE FISCAL	ABRIL	PERÍODO
101508208	ÚNICA	20/03/2020
IMPOSTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE
20/03/2020	2015218894	8463449

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abv(kWh)-TUSD	100.0000000	0.43137198	43,13
Consumo Abv(kWh)-TE	100.0000000	0.36280179	36,28
Contrib. Ium. Pública Municipal			2,33
Compensação DMC (11/20)			-2,85
TOTAL DA FATURA			78,89

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LETURA	ATUAL DATA	ATUAL LETURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
317148845	CAT	18/03/2020	3.348,00	30/03/2020	3.374,00	30	1,0000		26,00
317148845	ORT	18/03/2020	1.586,00	30/03/2020	1.608,00	30	1,0000		14,00

PERÍODO DE CONSUMO

MAR 20	100	<input type="checkbox"/>
FEV 20	100	<input type="checkbox"/>
JAN 20	100	<input type="checkbox"/>
DEZ 19	111	<input type="checkbox"/>
NOV 19	111	<input type="checkbox"/>
OUT 19	100	<input type="checkbox"/>
SET 19	100	<input type="checkbox"/>
AUG 19	100	<input type="checkbox"/>

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÓSTO
ICMS	78,81	25,00	19,88
PIS	78,81	1,04	0,82
COFINS	78,81	4,78	3,80

Fat. emit. pelo sistema de fatur. - Custo de Distribuição, Artigo 59, Resolução ANEEL 414/2010

TOTAL A PAGAR

Consumo Abv(kWh)-TUSD
 Consumo Abv(kWh)-TE
 78,89

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

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

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu Rosana de Menezes Silva Cavalcante
inscrito (a) no CPF/CNPJ 061.394.744 / 25, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jamison da Silva Sá inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.379.544 / 05
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Jamison da Silva Sá
inscrito (a) no CPF sob o Nº 114.379.544 / 05, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: Recusae Renda: Recusae e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Francisco Olavo</u>	Número: <u>110</u>	Complemento: <u>casa</u>
Bairro: <u>7º SCD</u>	Cidade: <u>Serra Talhada</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>56913-130</u>
E-mail:		Tel.(DDD):

Local e Data: Serra Talhada 14.07.2020

Rosana de Menezes Silva Cavalcante
Assinatura do Declarante
Cavalcante

Jameson da Silva Sá

Paciente, 35 anos, politraumatizado por queda de motocicleta ocorrida por volta das 22h (sic), sendo trazido às 3:30h para assistência, com duas áreas pérvias (em uso oler anterior 1ª respiração espontânea; PA: 130x80 FC: 92/ta Sat. G: 97% (a.a.) HGT: 130 (por VL); Glasgow 15, pupilas reativas fotométricas, sem déficits focais, sob efeito de álcool; lesões de continuidade múltiplas (intensas). e MSD com sinal de fístula em altura de nível dental, imobilizados. Sólido avaliação da ortopedia.

UBS: RX tração com fístula ulnar proximal, complexa + lesões acromioclaviculares

End: Hospital Regional Emília Câmara Afogados da Ilhéuiza - PE
Sob: 5917169

05/04/2020

Marcus Vinícius T. Dias
Médico
CRM - PE 22430

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL REGIONAL EMILIA CAMARA - AFOGADOS DA INGAZEIRA	DATA DA SOLICITAÇÃO: 22/04/20 08:36
MÉDICO SOLICITANTE: JAIFLAVIO JAIME LIMA	Nº SOLICITAÇÃO: 698399

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE: JAMISON DA SILVA SA	Nº DO PRONTUÁRIO:			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 700003138068906	DATA DE NASCIMENTO: 21/12/1984	SEXO: MASCULINO		
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: MARIA DE LOURDES DA SILVA	TELEFONE DE CONTATO: 87996386834			
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): SÍTIO ASSENTAMENTO TERRA NOVA, RURAL	MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FLORESTA	CÓD. BGE MUNICÍPIO: 2805707,00	UF: PE	CEP: 56400000

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE: AMBULÂNCIA	DATA DE EMISSÃO: 22/04/20 09:58
OBSERVAÇÃO:	
OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:	

Regulador

MÉDICO REGULADOR: EDVALDO RODRIGUES DA CUNHA CAVALCANTI FILHO	ESPECIALIDADE: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
TIPO LEITO: CIRURGICO	

Executante

ESTABELECIMENTO: CASA DE SAUDE SAO VICENTE - SERRA TALHADA	DATA DE AUTORIZAÇÃO: 22/04/20 09:47
MÉDICO AUTORIZADOR:	



Registro: 45073 Nome: JAMISON DA SILVA SA Data de nasc.: 21/12/84
Médico solic.: A HREC CRM: 2012

Data do atend.: 05/04/2020 Hora: 13:25

CONSULTA ORTOPÉDICA

Anamnese Médica / Evolução Clínica:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTO HÁ 1 DIA EVOLUINDO COM DOR EM COTOVELO DIREITO E OMBRO ESQUERDO. NEGA VÔMITOS. NÃO SABE INFORMAR SOBRE SÍNCOPEs.

Exame Físico:

BE CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, AAA
DOR A PALPAÇÃO/MANIPULAÇÃO DE ULNA PROXIMAL DIREITA E ARTICULAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR ESQUERDA
ADM DIMINUÍDA
NRV PRESERVADO

Resultados de Exames:

RX> FRATURA ULNA PROXIMAL DIREITA E LAC GRAU II A ESQUERDA

Conduta:

INTERNO
LMC NO CC + FIXAÇÃO INTERNA

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

S520 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO CÚBITO [ULNA] | COTOVELO SOE| EPÍFISE PROXIMAL| FRATURA-LUXAÇÃO DE MONTEGGIA| OLÉCRANO| PROCESSO CORONÓIDE

Óbito: Não

Dr. EUGENIO PERICLES MUNIZ FERREIRA
CRM: 20410



governador
Pernambuco



RELATÓRIO MÉDICO

Nome: JAMISON DA SILVA SA
Data: 06/04/2020

CID: S52.2

HD: FRATURA EXPOSTA DA ULNA DIR

REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA E OATEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER INTRAMEDULAR DE URGÊNCIA
NECESSITA DE CIRURGIA ELETIVA PARA OSTEOSSÍNTESE DEFINITIVA.

{MÉDICO}
CRM: 15940 O.D.

Francisco Erlândio de Melo Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 15940

(87) 998219883 zap
87-38771192



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 22/04/2020		Atendimeto: 0035462		Quarto/leito: 202 / 4	
Paciente: 00243728 - JAMISON DA SILVA SA					
Data Nasc: 21/12/1984		Idade: 35 Anos		Sexo: Masculino	
Profissão: AGRICULTOR		Naturalidade: FLORESTA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Nome Pai: JOAO MANOEL DE SA			Nome Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA		
Endereço: FAZENDA LAJES, 3583 CASA		- ZONA RURAL - FLORESTA - PE			
Telefones: () . / () . / (87) 9982.19883					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Suicídio ()		Casual ()		Outros ()	
Nome Acompanhante:				Telefone de Contato: () .	
Endereço Acompanhante:					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Lesão perfurante USD</i>					
<i>deformidade artrogênica, peritrocanterea</i>					
<i>de edema, dor e hiperemia</i>					
<i>frecuente USD</i>					
Diagnostico Inicial: <i>FAM. VENA PROXIMA. (D)</i>					
SADT:					
Diagnostico Final:					
Condição de Alta		Motivo de Alta		Data do Internamento: <i>22 / 04 / 20</i>	
Melhorada (<input checked="" type="checkbox"/>)		Descição Médica (<input checked="" type="checkbox"/>)		Data da Alta: <i>25 / 04 / 20</i>	
Inalterado ()		Alta a Pedido ()		Local: _____	
Piorando ()		Transferencia ()		Dr. Eugenio Muniz Ortopedia e Traumatologia Cirurgião do Joelho CRM 20116 / TEST 46330 Médico Responsável	
Obito + 48h ()		Evasão ()			
Obito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____ / ____ / ____					
Hora : _____					



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 22/04/2020	Atendimeto: 0035462	Quarto/leito: 202 / 4
Paciente: 00243728 - JAMISON DA SILVA SA		
Cirurgia Realizado: Osteossíntese de fratura ulna proxi- mal, com fio K intramedular	N. do Procedimento: 0408020415	
Data:	Início:	Término
Cirurgião: Dr. André Barreto		
1º Auxiliar: R. Antonio		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Dr. Rector Menezes		
DESCRIÇÃO CIRURGICA:		
1/ Paciente em DDH sob anestesia.		
2/ Assepsia + antissepsia + aposição campos estereis.		
3/ Passagem de fio K 3,5 intramedular de proximal p/ distal sob fluoroscopia.		
4/ Retirada de fio K IM previamente posicionado.		
5/ curativo		
6/ A SRA		
		Assinatura do Cirurgião

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1933955697



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRAS NACIONAIS DE HABILITAÇÃO

NOME
ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
6870802 SDR PE

CNPJ
051.394.744-25 DATA NASCIMENTO
19/08/1983

Relação
ARCENO PEREIRA DA SILVA
A
MARIA JOSE DE MENEZES SILVA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
06935894409 VALIDADE **08/01/2025** **AD** 1ª HABILITAÇÃO **06/05/2010**

OBSERVAÇÕES
A

Rosana de M. S. Cavalcante
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA, PE

DATA EMISSÃO
09/01/2020

Roberto Carlos
Roberto Carlos
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR
PERNAMBUCO

96541934980
PE096975440

PROIBIDO PLASTIFICAR
1933955697

DETRAN CONTRAN

DF AC AP AM CE ES GO LA MT MS N

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.464.274 DATA DE EXERCÍCIO 10/08/2018

NOBRE << JAMISON DA SILVA SÁ >>

FILIAÇÃO << JOÃO MANOEL DE SÁ >>
<< MARTA DE LOURDES DA SILVA >>

NATURALIDADE FLORESTA - PE DATA DE NASCIMENTO 21/12/1984

DOC. ORIGINAL << CN. 12.515 L.ASS F.32 CART. FLORESTA-PE 29292003 >>

CPF 114.379.544-05

ASSINATURA DO DIRETOR



LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

F-82 59.645 - 2021

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

42R-01

FUEZGAN BREVTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Jamison da Silva Sá

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200360299

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAMISON DA SILVA SA

Data do acidente: 04/04/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA
FRATURA PROXIMAL DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K- COTOVELO- PAG 8), DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO COTOVELO 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 LEVE DO OMBRO ESQUERDO E MODERADO DO COTOVELO 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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

Procuração

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

1. Outorgante Jamisson da Silva Sá

portador(a) do documento de identidade nº 7.464.274, expedido por SDS-PE, em

10/08/2018, inscrito no CPF sob o nº 114.378.544-05, residente na

FZ. LAFES, nº 3583

complemento casa, Bairro Aini, cidade

Floresta, Estado PE.

2. Outorgado Rosana de Menezes Silva Cavalcante

portador(a) do documento de identidade nº 6.870.802, expedido por SDS-PE, em

29/05/2001, inscrito no CPF sob o nº 051.394.744-25, residente na

Rua Francisco Olavo, nº 110

complemento Casa, Bairro IPSEP, cidade

Serra Talhada, Estado PE.

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

Floresta

30 de Junho de 2020

Outorgante X Jamisson da Silva Sá



CARTÓRIO ÚNICO DE FLORESTA-PE / Maristela Feltosa Simões Ferreira
Rua Alcides Torres de Araújo, 88 - Floresta - PE - CEP: 55405-000 - Povoação: (51) 3677-1828 - e-mail: cartoriofloresta@yahoo.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de JAMISSON DA SILVA SA, dou fé. Floresta-PE, 30/06/2020.

Em testemunho da da verdade: SUZANA ANESEIA DE SA - Escrevente. Emol.: R\$ 3,67 TSNR: R\$ 0,82 FERC: R\$ 0,45 FERN: R\$ 0,04 FUNSEG: R\$ 0,08 ISS: R\$ 0,21 TOTAL: R\$ 5,27. Selo: 0076810.0WG05202001.00432. Consulte a autenticidade em www.tipe.jus.br/selodigital.



Suzana Aneseia de Sa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0284348/20

Vítima: JAMISON DA SILVA SA

CPF: 114.379.544-05

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 04/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JAMISON DA SILVA SA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE : 051.394.744-25

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

JAMISON DA SILVA SA : 114.379.544-05

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: 07/10/2020
Nome: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE
CPF: 051.394.744-25

ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/10/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200360299

Cidade: Floresta

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JAMISON DA SILVA SA

Data do acidente: 04/04/2020

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA
FRATURA PROXIMAL DA ULNA DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE K- COTOVELO- PAG 8), DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO E DO COTOVELO 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 LEVE DO OMBRO ESQUERDO E MODERADO DO COTOVELO 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 ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

Rio de Janeiro, 22 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200360299

Vítima: JAMISON DA SILVA SA

Data do Acidente: 04/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSANA DE MENEZES SILVA CAVALCANTE

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAMISON DA SILVA SA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 =

R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

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: **JAMISON DA SILVA SA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **237**

Agência: **000006039-9**

Conta: **0000011485-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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.





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Modalidade de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 114.379.544-05 4 - Nome completo da vítima: Jamison da Silva Sá

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

5 - Nome completo: Jamison da Silva Sá 6 - CPF: 114.379.544-05
 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: FZ Lajelas 9 - Número: 3583 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: Aini 12 - Cidade: Flonesta 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 9634-4907

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 60399 CONTA: 114855

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 nosciturado (ou nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/ovós 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 - _____
 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, Senna Talhada 14.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jamison da Silva Sá
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) Romão de Sá

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER2 - 22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - FLORESTA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0053000776**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/10/2020 às 14:47**

Complementa o BO Número: **20E0053000418**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **4/4/2020 às 10:00**

Fato ocorrido no endereço: **ESTRADA QUE LIGA FLORESTA A CARNAUBEIRA DA PENHA, 01 -**
Bairro: **ZONA RURAL - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 56400-000**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
INEXISTENTE (AUTOR / AGENTE)
MIGUEL ADRIANO DE SOUZA (OUTRO)
JAMISON DA SILVA SA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JAMISON DA SILVA SA**

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

INEXISTENTE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

JAMISON DA SILVA SA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DE LOURDES DA SILVA Pai: JOAO MANOEL DE SA Data de Nascimento: 21/12/1984 Naturalidade: FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7464274/SDS/PE (RG). 11437954405 (CPF) Profissão: AGRICULTOR(A) Residência: ASSENTAMENTO TERRA NOVA I - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE FLORESTA (BAIRRO), - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL

MIGUEL ADRIANO DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MIGUEL ADRIANO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAMISON DA SILVA SA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1,0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa **KII0706** (PERNAMBUCO/BELEM DE SAO FRANCISCO) Renavam: **762237660** Chassi: **9C2JC30101R146991**

Ano Fabricação/Modelo: **2001/2001** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SR. JAMISON, INFORMANDO TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. QUE ENQUANTO PILOTAVA A MOTOCICLETA CITADA, ATRAVESSOU UMA VACA NA VIA; QUE, NÃO CONSEGUINDO DESVIAR, COLIDIU COM O ANIMAL. DO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU LESÕES (CONFORME CONSTA NO BOLETIM DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL DO HOSPITAL LOCAL).

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

JAMISON DA SILVA SA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **RAPHAEL DE SOUSA FEITOSA** - Matrícula: **3998347**
(Liberado em 05/10/2020 às 14:54)





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER2 - 22ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - FLORESTA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0053000418

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/06/2020** às **13:51**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/4/2020** às **00:00**

Fato ocorrido no endereço: **PE-425 - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), 1 - Bairro: ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO /BRASIL**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

INEXISTENTE (AUTOR \ AGENTE)
MIGUEL ADRIANO DE SOUZA (OUTRO)
JAMISON DA SILVA SÁ (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

INEXISTENTE - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

JAMISON DA SILVA SÁ (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DE LOURDES DA SILVA** Pai: **JOAO MANOEL DE SA** Data de Nascimento: **21/12/1984** Naturalidade: **FLORESTA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7464274/SDS/PE (RG), 11437954405 (CPF)** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Residencial: **ASSENTAMENTO TERRA NOVA I - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE FLORESTA (BAIRRO), - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL DE FLORESTA - FLORESTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

MIGUEL ADRIANO DE SOUZA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MIGUEL ADRIANO DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAMISON DA SILVA SÁ**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **K110706** (PERNAMBUCO/BELEM DE SAO FRANCISCO) Renavam: **762237660** Chassi: **9C2JC30101R146991**
Ano Fabricação/Modelo: **2001/2001** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL O SR. JAMISON, INFORMANDO TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO. QUE ENQUANTO PILOTAVA A MOTOCICLETA CITADA, ATRAVESSOU UMA VACA NA VIA; QUE, NÃO CONSEGUINDO DESVIAR, COLIDIU COM O ANIMAL. DO ACIDENTE A VÍTIMA SOFREU LESÕES (CONFORME CONSTA NO BOLETIM DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL DO HOSPITAL LOCAL).

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

JAMISON DA SILVA SÁ
(VITIMA)

B.O. registrado por:  **FABIO JOSE SANTANA DE MELO JUNIOR** - Matrícula: **387503-2**





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Modalidade de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI: _____ 3 - CPF da vítima: 114.379.544-05 4 - Nome completo da vítima: Jamison da Silva Sá

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

5 - Nome completo: Jamison da Silva Sá 6 - CPF: 114.379.544-05
 7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: FZ Lajelas 9 - Número: 3583 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: Aini 12 - Cidade: Flonesta 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56400-000
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel (DDD): (81) 9634-4907

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 60399 CONTA: 114855

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 nosciturado (ou nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/ovós 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 - _____
 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, Senna Talhada 14.07.2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Jamison da Silva Sá
 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
 43 - Assinatura do Procurador (se houver) Romão de Sá

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS