

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190692786 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO LATERAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CONTUSO COM LUXAÇÃO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA E FRATURA DE BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4º DEDO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445894/19

Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS S.

CPF: 043.989.334-84

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 25/07/2019

Titular do CPF: ALISSON DE ASSUNCAO
MARTINS DOS SANTOS

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS : 043.989.334-84

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: 11/12/2019
Nome: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS
CPF: 043.989.334-84

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190692786

Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

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, contatos 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

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190692786

Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

Data do Acidente: 25/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 28/11/2019, emitido pelo Dr. JULIANA PIVANTI CRM nº 27900 - PE, da Instituição HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

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

Nº do sinistro ou ASL: CPE da vítima: 043 989 334 84 Nome completo da vítima: ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS

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

Nome completo: ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS CPF: 043 989 334 84
Profissão: PIZZAIOLA Endereço: RUA SOUZA MANDREIRA Número: 359 Complemento:
Bairro: TORRE Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50711-525
E-mail: NIRVANA HAYLANDER @ GMAIL - COM Tel.(DDD): 81.9.8512.2842

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:

☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: 0876 CONTA: 013000128579 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: Falecidos:

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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: CAMARAGIBE 04/12/19
Nome: ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS
CPF: 043 989 334 84

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

Autorização de pagamento



2ª Nome: _____ CPF: _____

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 037ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMARAGIBE - DP37ªCIRC
DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0127007517**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **21/10/2019** às **22:42****ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **25/7/2019** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA DOUTOR BELMINIO CORREIA, 01 - Bairro: JARDIM
PRIMAVERA - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL.**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

FABIANO MOURA CORDEIRO (AUTOR / AGENTE)
ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FABIANO MOURA CORDEIRO

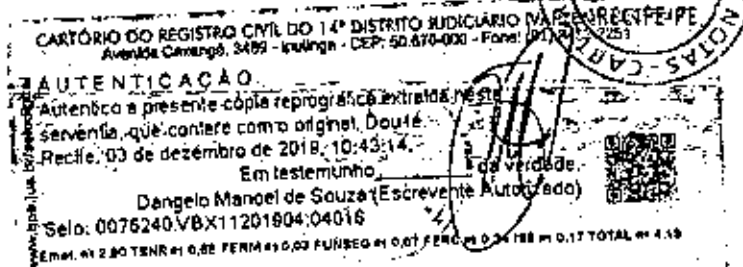
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ELIELBA ASSUNÇÃO DOS SANTOS Pai: ADEMAR MARTINS DOS SANTOS Data de Nascimento: 25/10/1979 Naturalidade: SALVADOR / BAHIA / BRASIL Documentos: 6904888/SDS/PE (RG), 04398933484 (CPF), 04905196108 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: ATENDENTE Endereço Residencial: RUA SOUZA BANDEIRA, 359 - CEP: 55000-000 - Bairro: TORRE - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL

FABIANO MOURA CORDEIRO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JOSEFA MOURA DA SILVA CORDEIRO Pai: ROGACIANO FRANCISCO CORDEIRO Data de Nascimento: 2/8/1981 Naturalidade: JOAO ALFREDO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6132062/SSP/PE (RG), 03770987446 (CPF), 02068832509 (CNH) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Telefones Celulares: - 81998025324

Endereço Residencial: RUA PEDRO DE PAULA ROCHA, 272 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMARAGIBE/PERNAMBUCO/BRASIL

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



21/10/2019 23:26

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PCH9913** (PERNAMBUCO/RECIFE) Chassi: **9C2J66900JR302592**
Ano Fabricação/Modelo: **2017/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIANO MOURA CORDEIRO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FABIANO MOURA CORDEIRO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/FIAT/FIAT PALIO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGL4489** (PERNAMBUCO/CAMARAGIBE) Chassi: **9BD17140MA5544984**
Ano Fabricação/Modelo: **2009/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE O FIAT PALIO, PLACA KGL4489 O TRANCOU NA AVENIDA BELMINO CORREIA, EM FRENTE À CASA DA BATERIA AO REALIZAR CONVERSÃO PROIBIDA À ESQUERDA NA FAIXA CONTÍNUA OCASIONANDO A COLISÃO. REGISTRA QUE A COLISÃO RESULTOU NA SUA QUEDA, A QUAL GEROU LESÕES FÍSICAS COMO LUXAÇÃO DE 4º QDD E FX DE TERÇO LATERAL DA CLAVÍCULA ESQUERDA.

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

ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS
(VÍTIMA)

Wilckson Antônio Cantarelli de Carvalho
Polícia Civil
Mat. 221.179-3

B.O. registrado por: **WILCKSON A. CANTARELLI DE CARVALHO** - Matrícula: **221.179-3**

CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO PERNAMBUCO RECIFE
Avenida Carangê, 3489 - Iguanga - CEP: 50.670-000 - Fone: (011) 291.225

AUTENTICAÇÃO

Autentico a presente cópia reprográfica extraída nesta serventia, que confere com o original. Dou fé.
Recife, 03 de dezembro de 2019, 10:43:13.

Em testemunho,

Dangelo Manoel de Souza (Escrivente Autorizado)

Selo: 0076240.ALC11201904:04015

Emel. n.º 2,80 TETR n.º 0,88 FERM n.º 0,00 FUNSD n.º 0,07 FERR n.º 0,34 ISS n.º 0,11 TOTAL n.º 4,18



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DAS SANTOS, portador da carteira de identidade nº 6904888-505PE e inscrito no CPF/MF sob o nº 043 989 334 84, residente e domiciliado na RUA SONZA BANDEIRA 359 TORRE, Cidade RECIFE, Estado PE, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Declaração de inexistência de IML



Alisson de Assunção Martins das Santos

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

CAMARAGIBE 04/12/19

Local e data

JOELMA MARIA DA SILVA LANCHONETE

Av. General San Martin, 1959 – San Martin – Recife – PE – CEP: 50761-000

CNPJ (MF) nº. 33.250.766/0001-83

Comprovante de residência

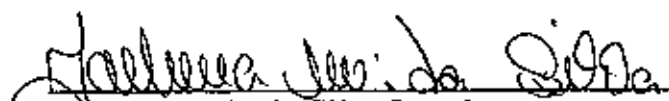


DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS, residente e domiciliada à Rua Souza Bandeira, 359 – Torre – Recife – PE., portador da CTPS nº. 00078/00074-PE, CPF nº. 043.989.334-84, faz uso para se deslocar para o trabalho do veículo MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN, Placa PCH 9913, ano 2017/2018, Firmo a presente para que produza os seus efeitos legais.

Recife, 28 de Agosto de 2019.

14º DISTRITO


Joelma Maria da Silva Lanchonete



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL DO 14º DISTRITO JUDICIÁRIO
Avenida Comendador, 3489 - Iguatema - CEP: 53.670-000 - PE
Reconheço por SEMELHANÇA a firma Indicação de
JOELMA MARIA DA SILVA
que comparece com o padrão reg. nesta Serventia. Recife,
Recife, 11 de outubro de 2018, 09:12:11.
Dengêla Mendes de Souza (Escrivente Autorizada)
Sei: 0076240.BPK10204902.00073
Emol: R\$ 3,26 TSHR: R\$ 6,80 PERM: R\$ 0,04 FUNJ: R\$ 0,05 AERC: R\$ 0,40 PEB: R\$ 0,20 TOTAL: R\$ 10,75



CTC RECIFE PE PL1
ELIELBA A DOS SANTOS
RUA SOUZA BANDEIRA 359 CASA
TORRE
50711-525 RECIFE PE



7211050330030360000000175530270918



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas



Paciente: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS

Prontuário: 01126158

Data de Nascimento: 25/10/1979

Idade: 40a 1m 4d

Sexo: MASCULINO

RELATÓRIO MÉDICO

O Paciente Supra-citado, foi atendido nesta data, com diagnostico de:

LUXAÇÃO DE 4º QDE + FRATURA DE BASE DE F2 DE 4ºQDE

Documentacao medico - hospitalar



Feito o Exame de

Observação:

PACIENTE REFERE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 25/07/19, EVOLUINDO COM DOR E LIMITAÇÃO DE MOVIMENTO DE 4ºQDE. FOI ATENDIDO NESTA UNIDADE COM LUXAÇÃO DE 4ºQDE + FRATURA DE BASE DE F2 DE 4ºQDE, REALIZADO PROCEDIMENTO CIRURGICO NA MESMA DATA. EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DE 4ºQDE. EM TEMPO: SEM QUEIXAS. AO EXAME: LIMITAÇÃO DE ARCO DE MOVIMENTO DE 4ºQDE (EXTENSÃO 130º/FLEXÃO 90º), SEM DOR A MOVIMENTAÇÃO ATIVA E PASSIVA. LIBERO PARA ATIVIDADES LABORAIS E ALTA AMBULATORIAL

Dr(a) Juliana Pivanti
CRM: 27.900
Especialista em Ortopedia

Recife, 28 DE NOVEMBRO DE 2019

JULIANA PIVANTI - CRM: Nº.27900

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeliro - Recife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3164-5600



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que a paciente **ALISSON ASSUNÇÃO MARTINS** esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia ortopedia, de 25.07.2019 ao dia 28.07.2019, para tratamento médico. Necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento das atividades habituais, para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID-10: S42

Recife, 28/07/2019


Dr. Leonardo
URUBU
CREMOP

Assinatura do Médico



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

Av. General San Martín, S/N, Cordeiro, Recife/PE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ALISSON ASSUNÇÃO MARTINS** esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumatologia ortopedia, de 25.07.2019 ao dia 28.07.2019, para tratamento médico-hospitalar de patologia traumato-ortopédica.

Deixo a cargo do **MÉDICO PERITO** avaliar questões trabalhistas e afins.

CID-10: S42

Recife, 28/07/2019


Dr. Leonardo
URUBU
CREMOP

Assinatura do Médico

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: ALISSON ASSUNÇÃO MARTINS			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SI	LEITO:	Nº DO REGISTRO: 1126158	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM LUXAÇÃO DE 4º QDD + FX DE TERÇO LATERAL DA CLAVICULA ESQUERDA - TRATAMENTO CONSERVADOR.				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: REDUÇÃO INCRUENTA DE LX DE 4º QDE				
DATA DA INTERNAÇÃO: 25/07/19	DATA DA ALTA: 28/07/2019		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID	CARRABO/REVISOR/FATURAMENTO	
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	DR. DANIEL SALDANHA		
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DRA JULIANA PIVANTI		
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO			
4	ANESTESISTA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA SINTOMÁTICOS				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA BOAS, SEM QUEIXAS				
MOTIVO DA ALTA CURADO _____ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA _____ OUTROS:		ÓBITO IML _____ SVO _____ BO: _____		
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO RETORNO AO AMBULATORIO DO TRAUMA EM 15 DIAS + GRUPO DE OMBRO E COTOVELO EM 15 DIAS. MANTER ATB E CURATIVOS EM UBSF. RETORNAR A URGENCIA SE SINAIS DE ALARME ORIENTADOS				
DATA: 28.07.2019				



Documento de identificação

25/10/1979
Nascimento

ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS
Nome

043.989.334-84
Número de inscrição

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

CPF
Recarta Federal

MINISTÉRIO DA FAZENDA



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 6.904.888 DATA DE EXPEDIÇÃO 14/02/2017

NOME << ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS >>

FILIAÇÃO << ADEMAR MARTINS DOS SANTOS >>
<< ELIELBA ASSUNÇÃO DOS SANTOS >>

NATURALIDADE SALVADOR - BA DATA DE NASCIMENTO 25/10/1979

DOC.ORIEM << 006916 01 55 1981 1 00112 161
0000322 97 SALVADOR BA >>

CPF 043.989.334-84

ASSINATURA DO DETENTOR - CARIMBO

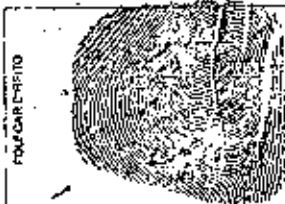
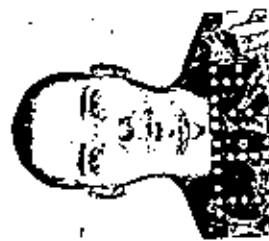
LEI Nº 7.116 DE 2008/83

117991531802103251.7310725

F-75 99.127 - 4333

CARTEIRA DE IDENTIDADE

ASSINATURA DO TITULAR



EC-1

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES GUAR

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - PE		Nº 014802126456	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
1	11394329557	*****	2019
NOME			
E R ALIMENTOS LTDA ME			
RECIFE-PE			
CPF / CNPJ		PLACA	
10.575.053/0001-94		PEM9913	
PLACA ANT. IUF		CHASSI	
***** PE		9C2JC6900R302592	
ESPECIE / TIPO		COMBUSTÍVEL	
PAS - MOTOCICLETA		CASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA / PC-ABS FAN		2017	2018
CAP / POT / CL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/124CL	PARTIC	VERMELHA	
COTA ÚNICA		VENG. COTA ÚNICA	
IPVA 2019 QUITADO		1. *****	
FAIXA / IVA	PARCELAMENTO / COTAS	2. *****	
1	*****	3. *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		KOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
80.11	0.32	84.58	DATA DE PAGAMENTO
11/02/19			
OBSERVAÇÕES			
SEM RESERVA			
RECIFE		DATA	
Roberto M. S. S. S.		12/02/19	
Roberto M. S. S. S.			
DIRETOR DE REGISTRO E LICENCIAMENTO			

DUT



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0445894/19

Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS S

CPF: 043.989.334-84

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/07/2019

Titular do CPF: ALISSON DE ASSUNCAO
MARTINS DOS SANTOS

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

Outros



ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS : 043.989.334-84

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: 11/12/2019

Nome: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

CPF: 043.989.334-84

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/12/2019

Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

CPF: 760.547.217-04

ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA: ALISSON DE ASSUNÇÃO MARTINS DOS SANTOS
 DATA DO ACIDENTE 25/07/19 CPF DA VÍTIMA 04398933484
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA SOUZA BANDEIRA
 Nº 359, COMPLEMENTO _____ BAIRRO TORRE
 CIDADE RECIFE UF PE CEP 50741525
 E-MAIL NIRVANAHAYLANDER@GMAIL.COM TELEFONE (81) 9.8512.2842

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
 • COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 • PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 04/12/19
 IDENTIDADE 6904888 SPSPE
 ASSINATURA Alisson de A. M. dos Santos

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 04/12/19 MATR. CORREIOS 88051646
 NOME LUCIANO FERREIRA BARRETO
 ASSINATURA Luciano Ferreira Barreto

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190692786 **Cidade:** Camaragibe **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALISSON DE ASSUNCAO MARTINS DOS SANTOS **Data do acidente:** 25/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TERÇO LATERAL DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
TRAUMA CONTUSO COM LUXAÇÃO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA E FRATURA DE BASE DA FALANGE MÉDIA DO 4º DEDO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. PÁG 3

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: PÁG 1

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
		Total	0 %	R\$ 0,00