

05.802.494/0001-4
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
02 JAN. 2011
RUA DA AURORA, Nº 175, SL. 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

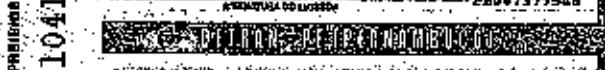


02 JAN. 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PERGAMINHO DE CADASTRO DE VIDA E MÓVEL

Nº 1104196601

JOSE VITOR DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE: RG: 00000000000000000000 00000000000000000000	
NASCIMENTO: 000.000.000-00 22/05/1993	
PAI: JOAO MANOEL DA SILVA	
MÃE: SEVERINA HERMINILDA DA SILVA	
SEXO: MASCULINO	
ESTADO: PE	
CIDADE: RECIFE	
DATA DE REGISTRO: 02/07/2013	
VALOR: 00000000000000000000	
VALOR DE LIQUIDACAO: 00000000000000000000	
OPERAÇÕES: Encarte Ativ Remunerada	
 JOSE VITOR DA SILVA	
ACERTO DO PAGAMENTO	
LOCAL:	DATA DE ACERTO:
DISPONIBRIO: PE	14/07/2013
VALOR DE LIQUIDACAO: 550150233896 200673779548	
	

Código: 0029*

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2010

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001061/18

Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA
CPF: 021.114.434-76

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/10/2017

Titular do CPF: ARNALDO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ARNALDO MANOEL DA SILVA : 021.114.434-76

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

GEANE DA SILVA COUTINHO : 029.648.794-51

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

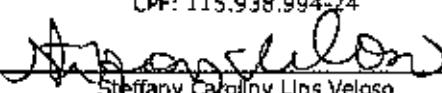
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 02/01/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF/CNPJ: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/01/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/01/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SINISTRO INDEFINIDO, COM MENOS DE 90 DIAS, SEM PROGNÓSTICO.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/03/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º DEDO DA MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NÃO PERMITIU AVALIAR SEQUELA.

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: EDSON L D ANDRADE

CRM do médico: 52.44121-9

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Edson L D Andrade".

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 30 DEDO DA MAO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 40 E 50 DEDOS DA MAO DIREITA.

Descrição do exame LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXAO DO 30 DEDO DA MAO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E
médico pericial: LEVE LIMITAÇÃO DA OPONENCIA DO POLEGAR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO VICIOSA DO 30 DEDO COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luiz de Lima Casanova Neto

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Procuração

Procuração

002

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

1. Outorgante Arnaldo Manoel da Silva

portador(a) do documento de identidade nº 55.457.353-5, expedido por SSP/SP, em

05/11/2011, inscrito no CPF sob o nº 021.114.434-76, residente na

Rua Alto São José, nº 21

complemento casa, Bairro Centro, cidade

Bom Jardim, Estado PE

2. Outorgado Greane da Silva Coutinho

portador(a) do documento de identidade nº 5.237.115, expedido por SDS/PE, em

06/12/2011, inscrito no CPF sob o nº 029.648.794-51, residente na

Rua da Alegria, nº 317

complemento casa, Bairro Centro, cidade

Limeiro, Estado PE

Amplos 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.



Bom Jardim 07 de dezembro de 2017

Outorgante Arnaldo Manoel da Silva



Cartório Sergio Vasconcelos

Santo André Vasconcelos TABELIÃO

Rua Doutor Lima, 12 - Centro
Bom Jardim/PE - Cep 50.000-000
Tel: (81) 3339-1010

05.802.494/0001-1

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFF-PE

Reconheço por Autenticidade a firma de ARNALDO MANOEL DA SILVA, em Bom Jardim, 07 de dezembro de 2017. Em testemunha

da verdade, JOSE CARLOS DA SILVA

BEZERRA, ESCREVENTE AUTORIZADO End.: R\$ 3,49 - FERD: R\$ 0,39

- ISNR: R\$ 0,78 - Total: R\$ 4,66 Salvo:

077906.DH211201701.0122 Consulta autenticidade em

Rio de Janeiro, 12 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180021559**

Vitima: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Data do Acidente: **16/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180021559**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180021559**

Vitima: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Data do Acidente: **16/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180021559**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

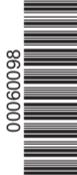
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Aos Cuidados de: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Sinistro: **3180021559**

Vítima: **ARNALDO MANOEL DA SILVA**

Data do Acidente: **16/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEANE DA SILVA COUTINHO**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180021559** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 20 de Março de 2018

Carta n°: 12543295

A/C: ARNALDO MANOEL DA SILVA

Nº Sinistro: 3180021559
Vitima: ARNALDO MANOEL DA SILVA
Data do Acidente: 16/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: GEANE DA SILVA COUTINHO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ARNALDO MANOEL DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000053

Conta: 0000077833-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoraslider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180021559 **Cidade:** Bom Jardim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA **Data do acidente:** 16/10/2017 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 30 DEDO DA MAO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 40 E 50 DEDOS DA MAO DIREITA.

Descrição do exame LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXAO DO 30 DEDO DA MAO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E
médico pericial: LEVE LIMITAÇÃO DA OPONENCIA DO POLEGAR DIREITO

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO VICIOSA DO 30 DEDO COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 07/03/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Luiz de Lima Casanova Neto

CRM do médico: 17761

UF do CRM do médico: PE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: VICTOR RAMIRES REYNAUX BORBA

CRM do médico: 21266

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

A handwritten signature in blue ink that reads "Victor R. Reynaux Borba".

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

021.114.434/76

Arnaldo Manoel da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Arnaldo Manoel da Silva	CPF titular da conta 021.114.434-76	Profissão* Agricultor
Endereço Rua Júlio Batista Ramos	Número 58	Complemento Casa
Bairro Centro	Cidade Viçosa	CEP 55.745-000
Email		Telefone (DDD) (81) 89938-8886 99137-5964

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder – DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)
 CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA
N.R.O.
0053

DN
77833
DV
9

[Informar dígito se existir]

[Informar dígito se existir]

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO Name	N.R.O.
AGÊNCIA N.R.O.	DN
DN	DN
[Informar dígito se existir]	[Informar dígito se existir]

05.802-494/0001

RECIFE-PE

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura de seguradora para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

02 JAN. 2013

(Arnaldo - PIE, 26 de Janeiro de 2013)

Rua da Aurora, nº 175, SL B02 BL C
RECIFE-PE 50.060-010

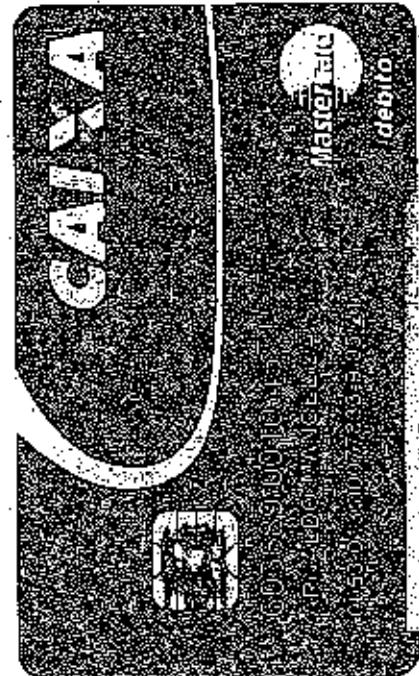
RECIFE-PE

X Arnaldo Manoel da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

vito
Araújo



05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2010

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180021559
Nome do(a) Examinado(a): Arnaldo Manoel da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Batista Ramos, 58 Cs
Centro Orobó PE CEP: 55745-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / SP] 554513535
Data local do acidente: [16/10/2017]
Data local do exame: [07/03/2018] Olinda [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA EXPOSTA DA F2 DO 3O DEDO DA MAO DIREITA, FRATURA FECHADA SEM DESVIO DA F2 DO 4O E 5O DEDOS DA MAO DIREITA.

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM LIMPEZA E FIXAÇÃO COM FIO DE AÇO DO 3O DEDO E IMOBILIZAÇÃO DO 4O E 5O DEDOS DA MAO DIREITA. NAO REALIZOU FISIOTERAPIA

Complicações: RIGIDEZ ARTICULAR E DESVIO ROTACIONAL

Data da Alta: JANEIRO/18

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

LIMITAÇÃO IMPORTANTE DA FLEXÃO DO 3O DEDO DA MAO DIREITA, COM DESVIO ROTACIONAL DO MESMO E LEVE LIMITAÇÃO DA OPONÊNCIA DO POLEGAR DIREITO

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim **() Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais suscetível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim **() Não**

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

DEFÍCIT FUNCIONAL LEVE DA FUNÇÃO GLOBAL DA MAO DIREITA (PINÇA, OPONÊNCIA E FIRMEZA DA PREENSAO)

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

MÃO - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual (X) 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: **() 10% residual () 25% leve**
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



Boletim de Ocorrência
-0001-

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 117ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOM JARDIM - DP117ªCIRC
DINTER1/16ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 17E0207000844

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/12/2017 às 13:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 16/10/2017 às 17:00

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01, PE-88** - Bairro: **ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PERDA DO NAVIO**
 Local do Fato: **ROBOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ VITOR DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
ARNALDO MANOEL DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

JOSÉ VITOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA HERMELINDA DA SILVA**
 Pai: **JOAO MANOEL DA SILVA** Data de Nascimento: **22/5/1992** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8408733/SDS/PE (RG), 09387049400 (CPF), 08717513717 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
 Escolaridade: **2º GRAU COMPLETO** Profissão: **ALMOXARIFE** Motivo da Viagem: **OUTROS**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE OROBO, 32, RUA JOÃO BATISTA RAMOS - CEP: 55730000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CRECHE 05.802.494/0001-41**

ARNALDO MANOEL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA JARDELINA DA CONCEIÇÃO** Pai: **MANOEL FRANCISCO DA SILVA** Data de Nasimento: **21/3/1978** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **554813535/SSP/SP (RG), 02111443475 (CPF)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)**
 Escolaridade: **ANALFABETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Motivo da Viagem: **OUTROS**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BOM JARDIM, 21, RUA ALTO SÃO JOSÉ - CEP: 55730000 - Bairro: CENTRO - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A CHICO CAUCAZUS**

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

Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE - PE

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ VITOR DA SILVA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: Não
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)** Unitário: **(REAL)**

Placa: **PEX0880** (PERNAMBUCO/OROBO) Renavam: **357694320** Chassi: **9G2KC1870CR403449**
 Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

RELATA O SENHOR JOSE VITOR DA SILVA, QUE NO DIA E HORA JÁ MENCIONADOS, CONDUZIA SUA MOTOCICLETA JA CARACTERIZADA, PELA RODOVIA PE 88, NA ALTURA DO SITIO PEDRA DO NAVIO, NESTE MUNICIPIO, NO SENTIDO ENCRUZILHADA/BOM JARDIM, TRANSPORTANDO NA GARUPA A PESSOA DE ARNALDO MANOEL DA SILVA, QUANDO FOI DESVIAR DE UM BURACO NA RODOVIA, FAZENDO UMA MANOBRA BRUSCA, PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEICULO CAINDO AS MARGENS DA RODOVIA, CAUSANDO LESOES NOS DOIS OCUPANTES E DANOS NA MOTOCICLETA. INFORMA AINDA, QUE ARNALDO FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA REMOVIDO AO HOSPITAL GETULIO VARGAS, NA CAPITAL PERNAMBUCANA, CONFORME DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA NESTA UNIDADE POLICIAL, QUE ANEXA AO BO.

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

**JOSÉ VITOR DA SILVA
(AUTOR / AGENTE)** *X José Vitor da Silva*

**ARNALDO MANOEL DA SILVA
(VITIMA)** *X Arnaldo manoel da Silva*

B.O. registrado por: **JOSÉ IGLESIO CAMPOS DE MORAIS** - Matrícula: **134881-7**



05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



Certidão de Indenização de R\$1

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima Anselmo Manoel da Silva | CPF da Vítima 021.114.434-76 | Data do Acidente 16/10/2013

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
E-mail	Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider 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.

05.802.494/0001-41

RUA 25 DE MARÇO, 1000 - CENTRO

CEP: 50.060-010

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

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

Rua da Aurora, 11 - Centro
RECIFE-PE

(Anselmo PI, 26 de Dezembro de 2017)
Loral e Data

X Anselmo Manoel da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PREFEITURA DO
BOM JARDIM

Comprovação de uso de chefe sótio

HOSPITAL MUNICIPAL DR. MIGUEL ARRAES DE ALENCAR
Secretaria Municipal de Saúde
SERVICO DE PRONTO ATENDIMENTO

Ita 10 - 10-17	Hora 17/32	Registro 3498 35
Av. Arnaldo, Jardim da Serra		Referência
Altos de São José		
Fábio	Cidade São Br	
ade 414	Sexo M	Profissão
responsável	Esposa	
interessado Responsável	Mr	Fone: ()
ascimento 21-03-1976	62	

ACIDENTE DE TRÁNSITO

Automóvel ônibus Moto Outro
 Atropelamento Colisão Capotagem Outro Ignorado

ADRESSÃO

ACCIDENTE DE TRABAJO

Auto Agressão / Suicídio

 Arma de Pago

Infarto / Ataque Cardíaco Queda Accidental Afligimento Queimaduras Outro Ignorado

LOCAL DE OCORRÊNCIA

JUEZAS
06-802-494/0001-41

XAME FÍSICO Rua da Aurora, N° 175, SJ. 000-81-0
PA EC PULSO BOA VISTA CEP: 50.060-010
INTERNA

HISTÓRICO: A 31/12/2011, paciente com queixa de dor no lado esquerdo da coxa e perna, intensificada ao caminhar, que se iniciou há 1 mês.

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 14/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ARNALDO MANOEL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00053

CONTA: 00000077833-9

Nr. da Autenticação 0CCE31CD69C9D96E

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Arnaldo Manoel da Silva,

RG nº 55.451.353-5 data de expedição 05/11/2011 orgão SSP-SP.

CPF nº 021.114.434-76, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que tenho endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua José Batista Ramos
Número	58
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Centro
Cidade	Recife
Estado	Pernambuco
CEP	55.745-000
Telefone de Contato	(81) 99938-8886 / (81) 99137-5964
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda - PE, 26/12/2011

Assinatura do Declarante:

Arnaldo Manoel da Silva

95.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RFCICE-PE

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



Eu, Arnaldo Manoel da Silva,

RG nº 55.451.353-5 data de expedição 05/11/2011 orgão SSP-SP.

CPF nº 021.114.434-76, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovar que tenho endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito, seguido, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	Rua José Batista Ramos
Número	58
Apto / Complemento	Casa
Bairro	Centro
Cidade	Recife
Estado	Pernambuco
CEP	55.745-000
Telefone de Contato	(81) 99938-8886 / (81) 99137-5964
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Olinda - PE, 26/12/2011

Assinatura do Declarante: Arnaldo Manoel da Silva

95.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RFCICE-PE



000167

PARA USO DOS CORREIOS

DEVOLUÇÃO ELETRÔNICA - CEDO

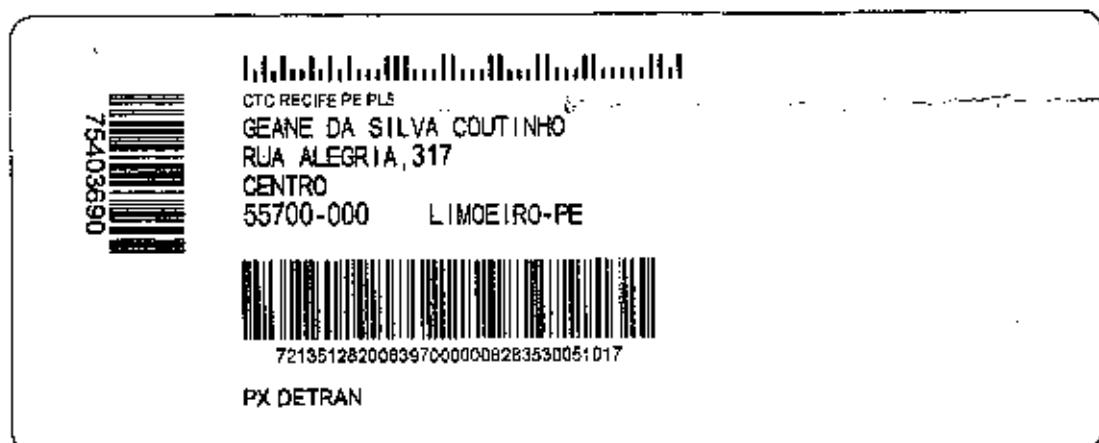
- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MUDOU-SE | <input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO |
| <input type="checkbox"/> DESCONHECIDO | <input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE |
| <input type="checkbox"/> RECUSADO | <input type="checkbox"/> CEP INCORRETO |
| <input type="checkbox"/> FALECIDO | <input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO |
| <input type="checkbox"/> AUSENTE | <input type="checkbox"/> INFORMAÇÃO ESCRITA PELO PORTEIRO OU SÍNDICO |

REINTEGRADO AO
SERVIÇO POSTAL EM:

RESPONSÁVEL:



PARA DDD OU DDI,
USE SEMPRE O 31.
E ECONOMIZE NAS LIGAÇÕES
DE LONGA DISTÂNCIA.



FALE COM A GENTE - GRÁTIS 103 31
INTERNET OI.COM.BR
AUXÍLIO À LISTA 102*

*Serviço sujeito à cobrança. Consulte sua operadora.

INFORMAÇÕES

A utilização do serviço de pagamento em lotérica, SAT e apresentação de futura, está sujeita a cobrança. Para mais informações ligue 103 31.

ANATEL - 1391

CAIXA POSTAL OI: 711
CEP 50050-480, RECIFE - PE

PARA CONFIRMAR O CÓDIGO DE SELEÇÃO DE PRESTADORA DE LONGA DISTÂNCIA (SLD) disponível na sua localidade, ligue para 102:
21 RJ = 12 CTBC + 13 Foram + 15 Telefônica + 16 Viasat + 17 Transl + 18 Epullen + 21 Embraer + 23 Intelsat + 24 Primeira Esfera + 25 BVT
29 IOT + 26 Algarve + 28 T-Lata + 32 Comverge + 34 EPTel + 35 Datavine + 37 Golden Line + 38 TECN + 39 Engaveo + 41 TIM + 42 UT Group
43 Sercambtel + 45 Belcel Crossing + 46 Maja Telecom + 47 E93 Comunicações + 53 ESTARA + 57 Bsatel + 58 Vofis + 62 Cutton + 63 Hello Brazil
66 Telecom 65 + 67 ALDOILA + 71 Bellaphone + 81 Sermatel + 84 987 + 85 América Net + 91 IFCorp + 96 Amigo Telecom

COLOQUE SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO!
É A FORMA MAIS PRÁTICA E RÁPIDA
DE FAZER SEU PAGAMENTO.

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02.194.000-0

Rua da Aurora, N° 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Declaração Circular SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 Glaucia da S. da Costa inscrito (a) no CPF/CNPJ 029.648.794 / 51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Arnaldo Manoel da S. da inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.114.434 / 76, do sinistro de DPVAT cobertura Intercity da Vítima Arnaldo Manoel da S. da inscrito (a) no CPF sob o Nº 021.114.434 / 76, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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.

Enderedo	Número	Complemento
<u>Rua da Alegria</u>	<u>317</u>	<u>casa</u>
Bairro	Estado	CEP
	<u>PE</u>	<u>55.700-000</u>
Email	Telefone comercial (DDD)	Telefone celular (DDD)
	<u>05.802.8927038-8886</u>	<u>(81) 9999-8886</u>
		<u>TRACAF CORRETORA DE SEGUROS LTDA</u>
		<u>7764</u>

02 JAN. 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, José Vitor da Silva,

RG nº 8.408.733, data de expedição 06/11/2007,

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 093.870.494-00, com domicílio na cidade de Orobó, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) José Batista Ramos, nº 32,

complemento Centro, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Arnaldo Manoel da Silva, cujo o condutor era José Vitor da Silva.

Veículo: Motocicleta Honda CG 150 FAN ESI

Modelo: 2012

Ano: 2011

Placa: PEX-9880

Chassi: 9C2KC1670CR403449

Data do Acidente: 16/10/2017

Local e Data: Bom Jardim, 07 de dezembro de 2017

X José Vitor da Silva

Assinatura do Declarante

X José Vitor da Silva

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Sérgio Vasconcelos
Sérgio Ricardo Vasconcelos - TABELLÃO

Rua Covatil I nº. 12 - Centro
Bom Jardim/PE - CEP 55730-000
Tel (81) 3638-8110

05.802.494/0001-43

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BL-C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Reconheço por autenticidade a firma de JOSÉ VITOR DA SILVA.

Bom Jardim, 07 de dezembro de 2017. Em testemunha

da verdade. JOSÉ CARLOS DA SILVA

CEZARINA, ECONEVENTE AUTORIZADA Email.: R\$ 3,49 - FERD: R\$ 0,39

- TONI: R\$ 0,78 - Total: R\$ 4,66 Reitor

60775961 YPL11201701,01720 Consulte autenticidade em

HOSPITAL
Getúlio Vargas

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

ARNALDO MANOEL DA SILVA

REG.: 488045



SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA

SOLICITO FISIOTERAPIA MOTORA ----- 20 SESSÕES
PARA GANHO DE ADM EM MÃO DIREITA

ACF.

~~DOTTOR B. NICOLINI
MEDICO
PER 25.3.81.~~

6/11/17

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

113

Rua da Aurora, nº 175, 51.902-800
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Getúlio Vargas

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

ATESTADO MÉDICO

para os devidos fins que o paciente **ARNALDO MANOEL DA SILVA** internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumato-ortopedia, de 18/07/17 ao dia 16/11/17, para tratamento médico-hospitalar. Necessita (QUINZE) dias de afastamento das atividades habituais, para seguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10:S62.7

16/11/17

Daniel B. Nicollotti
MÉDICO
CRM-PE 25.273
CRN-PE 25.273

05.802.494/0001-4
TRACO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

02 JAN. 2018

Getúlio Vargas

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

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ARNALDO MANOEL DA SILVA**, esteve internado nesta unidade hospitalar, no setor de traumato-ortopedia, de 18/07/17 ao dia 16/11/17 para tratamento médico-hospitalar. Patologia CID 10: **S62.7**

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

Daniel B. Nicollotti
MÉDICO
CRM-PE 25.273
CRN-PE 25.273

Recife, 16/11/17



HOSPITAL

Getúlio Vargas

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

E: ARNALDO MANOEL DA SILVA

Uso Oral

Cefalexina 500mg ----- 28 Comprimidos

Tomar 01 CP VO de 6/6h por 7 dias

CETAMOL 750 MG mg ----- 01 caixa.

Tomar 01 CP VO de 6/6 h se dor ou febre

Daniel B. Nicollotti
MÉDICO
CRM PE 25.331

05.802.494/0001-4
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

17

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 BLC
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE/PE

02 JAN. 2013



HOSPITAL

Getúlio Vargas

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

PACIENTE: ARNALDO MANOEL DA SILVA

RX

Uso Oral

1) Cefalexina 500mg ----- 28 Comprimidos

Tomar 01 CP VO de 6/6h por 7 dias

2) PARACETAMOL 750 MG mg ----- 01 caixa.

Tomar 01 CP VO de 6/6 h se dor ou febre

Daniel B. Nicollotti
MÉDICO
CRM PE 25.331

16/11/17

SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

ARNALDO MANOEL DA SILVA

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CLÍNICA:

ORTOPEDIA

ENFERMARIA:

LEITO: 04

Nº DO REGISTRO: 488095

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

49

PESO:

ALTURA:

SEXO:

F: M:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

FRATURA C/DESTA DE F2 CM 12 QDO + FRATURA FECHADA DE

COMORBIDADE: F2 DE GR 2 E 32 QDO.

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

INTERNAÇÃO / TTO CIRÚRGICO

PROCEDIMENTO REALIZADO/EXAMES REALIZADOS (MARCAR NO VERSO):

DATA DA INTERNAÇÃO: 16/10/11

DATA DA ALTA: 16/11/11

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO:

CID:

CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO

CÓD.	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRÍCULA
1	CIRURGIAO		
2	1º AUXILIO CIRÚRGICO		
3	2º AUXILIO CIRÚRGICO		
4	ANESTESISTA		
5	CLÍNICO		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

- DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- DIÁRIA DE UTI.
- MUDANÇA DE PROCEDIMENTO
- USO DE ÓRTESA E PRÓTESE

- HEMODIÁLISE
- USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
- USO DE OXIGÉNIO

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)
ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÉUTICOS REALIZADOS

16/10/11 LMC+ REVISÃO MUSCULOCARTILAGINOSA DE RÍG RIO K. 10
JC QDO + SURGIR + TALO medula. ANGOMAN RECUTE COM SINTO
CG. CONJUNTO CIRÚRGICO.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS À DE ALTA:

CETACOTINA + INFUSÃO

05.802.494/3001-47
TRIAGEM CORRETORA
OF SEGUROS LTDA

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

O MESES INICIAIS.

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA:

BOM CONSUMO

02 JAN 2012

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

MOTIVO DA ALTA: CURADO MELHORADO TRANSFERÊNCIA

BUS VELOCIFER 50.000,00

OUTROS

RECIFE PE

IML

SVO

BO

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO (AMBULATÓRIO DE RETORNO/ DATA DE RETORNO):

PERMANECE COM OS DIAZ AG INSTITUTO OS AL 17/01/2012 (mês)

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente

ORTOPEDIA + UGO 901 AT 07/01/2012

AEROFAC 5F INSTITUTO 07/01/2012

16/11/11

Daniel B. Nicollietto
MÉDICO
CRM - PE 29.311

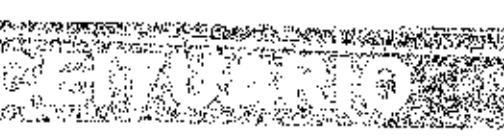
Série SC 3848



PREFEITURA DO
BOM JARDIM

Nome: Aureo Moraes Júnior

Endereço: Rua das Flores



Funcionário

Ano Operação (1988)

O nome, abaixo:

Dr. Miguel Moraes Júnior

Certidão de Nascimento

SGM 482 FCI 90 1988

Brasília - DF

1988 Fazendo os seguintes

Mor. (S)

Dr. Miguel Moraes Júnior

Médico

Bom Jardim, 16/12/88

05.802.494/0001-41
THAGÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

02 JAN. 2013

Rua da Aurora, No 175, Sl. 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



HOSPITAL DO VALE

INSTITUTO VALE DO CAPIM - INOVAÇÕES EM EDUCAÇÃO & SAÚDE
CNPJ: 19.289.494/0001-02

CNPJ: 39.289.494/0001-02

Arvaldo Mamed de Souza
~~ATENDIDO~~

ARTIGO OUT O PARECER RELATIVO
POSSIBILIDADE DE SUSPENSÃO DA ALCALINIZAÇÃO
FIMINAS NA MÍDIA ÚLTIMA DE
NO DE TRABALHO EM 36/10/2017.
TRATADO CIVILIGENAR EM OUTRO
SUSPESA.

MONUMENTO APRESENTA FIGURAS
DO Z. S. 4.º E 5.º DEZ. DE MILHOS

**Dr. José Wanderley da Silveira
Transcrição: Estanislálio**

Rua Severino Vasconcelos Aragão, 117 - José Fernandes Salsa
CEP: 55.700-000 - Limoeiro/PE - Fone: (81) 3628.0166 - Fax: (81) 3628.1317

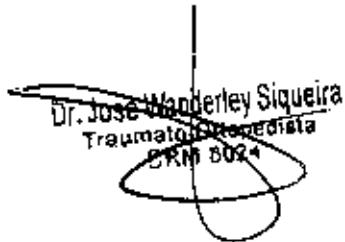
05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

21 FEB. 2013

Rua da Autora, Nº 175, SL 902 BL C
Boa Vista - CEP: 50.050-010
RECIFE-PE

DIREITA, PAVIMENTO, INFILTRADO
EM POSSIBILIDADES PERMITINDO
O MEMBRO COMPLETO

Lidocaina 8102118



PACIENTE EM ALTA MEDICA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0001061/18

Vítima: ARNALDO MANOEL DA SILVA
CPF: 021.114.434-76

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 16/10/2017

Titular do CPF: ARNALDO MANOEL DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de Indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2018
Nome: GEANE DA SILVA COUTINHO
CPF: 029.648.794-51

GEANE DA SILVA COUTINHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2018
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24


Steffany Caroliny Lins Veloso