

BRADESCO

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237                      AGÊNCIA: 2373-6                      CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/03/2017

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBSON ROCHA DORNELAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00289-5

CONTA: 000000155876-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1003201705000000000023700289000000155876236250 PAGO



Nº DO SINISTRO

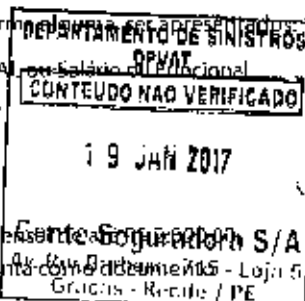
CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Robson Rocha Dorelles  
PORTADOR(A) DO RG Nº 3538487 EXPEDIDO POR SSP EM 1 / 1 / 2017 E  
CPF 855.621.908-4 CNPJ 11.111.111/0001-11, PROFISSÃO Autorismo  
E RENDA MENSAL DE R\$ 2000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elisabon Rangel Dorelles, AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:



- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário DPVAT nacional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta com o depósito comprovatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 234 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0289 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0155876-5

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ Nº da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recife 03 de janeiro de 2017

LOCAL E DATA

Robson R. Dorelles

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a Tabela de seguro prevista na Lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares;
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0771214.

**Bradesco****Dia & Noite**

BRM BRANDEO DIA E NOITE  
 EXTRATO MES/S ANTERIORES CONTA FACIL  
 ITBH 0861746

ROBERTO RICHIA DONNILLAS  
 AGNCIA 0860 CONTA 0125876 5  
 10:00 100  
 08/11 77/2016

DATA HISTORICO N. DOCTO VALOR

07/10 SAL DO ANTERIOR  
 01/11 RENDIMENTOS 01000001  
 POUPO FACIL DEPOS A PARCELAR 4/5/12  
 SAQUE EM 01/11

07/11 RENDIMENTOS 07000050  
 POUPO FACIL DEPOS A PARCELAR 4/5/12  
 SAQUE EM 07/11

08/11 TRANS SA 77/2016 08000280

08/11 TRANS SA 77/2016 08000280

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

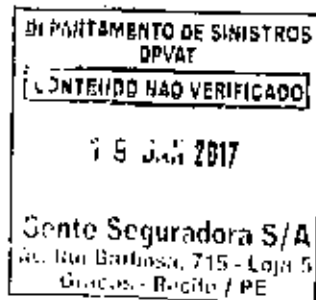
08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

08/11 SAQUE CC AUTOMAT 4192/05

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEUDO NAO VERIFICADO  
 19 JAN 2017  
 Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
 Graciosa - Recife / PE

Demonstrativo para simples conferencia,  
 sujeito a alteracoes ate o final do dia,  
 Pague Facil 0860 0022/0860 570 0022,  
 SAC Cte Bradesco 0860 70080001,  
 Delatancia Auditiva/Falta 0860 77200000,  
 Atendimento 24 horas, 7 dias por semana,  
 Duração 0860 77200000 das 08h as 18h,  
 de segunda a sexta feira, exceto feriados,  
 A delatancia de Quilacao Anual da Lufas PE  
 esta disponivel no Atendimento e Internet.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 2ª CIRCUNSCRIÇÃO - PERNAMBUCO - DEPARTAMENTO DE SINISTROS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17EC115000093

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 05/01/2017 às 15:29

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia 18/11/2016 às 15:00

Fato ocorrido no endereço: BAIRRO DE MARANGUAPE II, 1, AVENIDA E - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PROXIMO A COMPESA  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

*Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:*

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)  
ROBSON ROCHA DORNELAS (NOTICIANTE)  
E R.D. (Menor de idade) (VITÍMA)

*Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:*

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ROBSON ROCHA DORNELAS  
Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

ROBSON ROCHA DORNELAS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA NAZARE ROCHA DORNELAS Pai: SEVERINO RAMOS DORNELAS Data de Nascimento: 31/3/1971 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3526487/SSP/PE (RG); 85562402469 (CPF); Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 996923943  
Endereço Residencial: BAIRRO DE MARANGUAPE II, 412, RUA SETENTA E OITO - CEP: 53000-303 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

E.R.D. (Menor de idade) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ROSEMARY DA COSTA RANGEL DORNELAS Pai: ROBSON ROCHA DORNELAS Data de Nascimento: 30/12/2001 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10350404/SSP/PE (RG); 12746522426 (CPF); Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO  
Endereço Residencial: BAIRRO DE MARANGUAPE II, 412, RUA SETENTA E OITO - CEP: 53000-303 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

MOTO (VEICULO) que estava em posse do(a) Sr(a): ROBSON ROCHA DORNELAS  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 Objeto apreendido: Não  
Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGO9872 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014

Descrição: PROPRIEDADE ROSEMARY DA COSTA RANGEL DORNELAS

Complemento / Observação

INFORMOU O NOTICIANTE QUE VINHA PELA LOCALIDADE CITADA PILOTANDO A MOTO ORA MENCIONADA NESTE BO E EM SUA GARUPA VINHA SEU FILHO (VÍTIMA) QUANDO FOI COLIDIDO LATERALMENTE POR UMA OUTRA MOTO DE PLACA E CONDUTOR NÃO IDENTIFICADOS VINDO A VÍTIMA A CAIR NO CHÃO ONDE FOI SOCORRIDO PARA A UPA DE PAULISTA CONFORME ATENDIMENTO Nº 828297 E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ILHA DO LEITE.

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

*Robson R. Dornelas*

ROBSON ROCHA DORNELAS  
(NOTICIANTE)

*[Assinatura]*

B.O. registrado por: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO - Matrícula: 220.926-8



DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2017
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE

Pernambuco



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT  
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

19 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Recife - PE

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 828197

Nome: EDUARDO RUIZEL DOMINGOS

Foi atendido às 15:48h hs do dia 14 / 11 / 2016

Diagnóstico Provável: POLITRAUMATISMO POSS. LESÃO  
EM MÔVOCICLISTA

Tratamento Realizado: INFUSÃO DE SOLUÇÃO CONTROLE  
DA PRESSÃO + MOBILIZAÇÃO EM PRIMEIRA  
OLHA CERVICAL

Observação: PACIENTE APÓS PRIMEIRO SOCORRO, É  
ESTABILIZADO CLINICAMENTE E TRANSPORTADO EM  
AMBULÂNCIA PARA HOSPITAL DE DEOL. LIA (VIA)

Cópia de:

Médico - CRM nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP  
Avenida Ministro Marcos de Barro Freire, S/N Jardim Paulista - Paulista/PE CEP: 53.421-035  
CNPJ: 09039744/0005-18 TEL: (81) 3184-4251

DEPARTAMENTO DE MINISTROS  
BPVAT

CONTENIDO NÃO VERIFICADO

10 FEV 2017

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5

Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 828797

Nome: ELIELSON RANGEL DORNELAS

Foi atendido às 18:48h hs do dia 19 / 11 / 2016

Diagnóstico Provável: POLITRAUMATISMO PÓS ACIDENTE  
DE MOTOCICLETA.

Tratamento Realizado: INFUSÃO DE SOLUÇÃO CRISTALÓIDE  
VIA VENOSA + IMOBILIZADO EM PRANCA RÍGIDA +  
COLAR CERVICAL.

Observação: PACIENTE APÓS PRIMEIROS SOCORROS E  
ESTABILIZADO CLINICA FOI ENCAMINHADO EM  
AMBULANCIA PARA HOSPITAL DA REDE HIA/VIDA

Cópia de:

Médico - CRM nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP  
Avenida Ministro Marcos de Barros Freire, S/N Jardim Paulista - Paulista/PE CEP: 53.421-035  
CNPJ: 08039744/0005-18 TEL: (81) 3184-4265

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170047766

**Cidade:** Paulista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ELIELSON RANGEL DORNELAS

**Data do acidente:** 19/11/2016

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do primeiro metacarpo direito, luxação do punho direito. Fratura de ossos da face.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame apresenta limitação de movimentos do punho e polegar direitos. Refere dor na face sem alterações funcionais.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com colocação de fio de Kirschner. Conservador para fraturas de face.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão direita

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/03/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Paulo Sergio Muniz

**CRM do médico:** 5530

**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

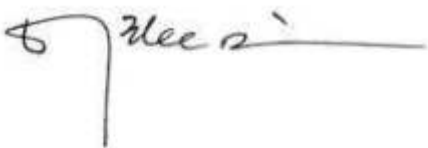
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**








## Declaração

**HOSPITAL ILHA DO LEITE**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o Nº 12.361.267/0009-40, com endereço na rua Doutor João Asfora, nº 35, Ilha do Leite, Recife/PE, CEP 50.070-430, vem, através deste, declarar para os devidos fins, que através da análise em sistema visualizamos que o usuário Sr. Elielson Rangel Dornelas, portador do RG.: 10.050.404 SSD/PE e CPF: 127.166.924-24, encontra-se internada neste nosocômio desde o dia 22/11/2016 até a presente data, sem previsão de alta, estando aos cuidados da Neurologia e Clínica Médica, impossibilitando desta forma a saída do paciente desta unidade hospitalar.

Tendo como acompanhante e familiar responsável sua mãe a Sra. Rosemary da Costa Rangel Dornelas, portadora do RG.: 3.814.745 SDS/PE e CPF.: 831.725.724-04.

  
**Rhaiana Duarte**  
Assistente de Relacionamento  
Hospital Ilha do Leite  
CNPJ: 12.361.267/0009-40

Hospital Ilha do Leite  
CNPJ 12.361.267/0009-40  
Fone: (81) 3198-4575/ 3198-4578

DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
7 de Jan 2017
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



Paciente...: 9243182 ELIELSON RAGEL DORNELAS Sexo: M  
Nascimento...: 31/12/2001 RG.: 0 CPF.: 12716692424  
Endereco...: R R SETENTA E OITO 412 MARANGUAPE II PAULISTA PE 53421330  
Convenio...: HAPVIDA Tel.:  
Matricula...: 80514008715000  
Solicitante: Dr(a) MARIA LUIZA SOUZA A

**Exame:**

TC DE FACE OU SEIOS DA FACE OU ARTICULA

!.Öw+N

1197840842

Queixa Principal:

**TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA FACE E CRÂNIO-ENCEFÁLICA**

**TÉCNICA:**

Realizada aquisição multislice, sem contraste iodado endovenoso.

**COMENTÁRIOS:**

Hematoma periorbitário à esquerda.

Múltiplas fraturas dos ossos da face, acometendo o osso nasal, a lâmina papirácea, o esfenoide, o processo pterigóide lateral, teto orbitário / parede frontal lateral à esquerda.

Sinais de hemossinus das cavidades paranasais à esquerda.

Extenso pneumoencéfalo, mais evidente nas regiões frontais

Parênquima cerebral com morfologia e atenuação conservada.

Ponte e cerebelo anatômicos.

Sistema ventricular supratentorial e IV ventrículo com dimensões normais e morfologia preservada.

Seios, cisternas e fissuras preservadas. Convexidade encefálica de aspecto normal.

Estruturas centro-medianas sem desvios.

Ausência de sinais de processo expansivo e/ou coleção intracranianas.

  
Dr. José Luiz de Sá Neto  
CRM 139335

JOSE LUIZ DE SA NETO  
CRM 139335 - SP

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - CM DERE Posto: POSTO EMERGENCIA - CM DERBY Leito: 609211/6 05/12/

Paciente: ELIELSON RAGEL DORNELAS Atendimento: 11978408 Prontuário: 9243182 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): MARIA LUIZA SOUZA ASSIS CRM 22830 Nº: 03526837 19/11/2016 às 17:49

## ANAMNESE

## Queixa Principal

PACIENTE, 14 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HA CERCA DE DUAS HORAS. NO MOMENTO SEM QUEIXAS, EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA, COM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO PUNÇIONADO, RECEBENDO HIDRATAÇÃO EV. TRAZIDO DA UPA DE PAULISTA.  
FAMÍLIA REFERE PERDA DA CONSCIÊNCIA LOGO APÓS O ACIDENTE (NÃO SABE DIZER A DURAÇÃO. NO MOMENTO NEGA CERVICALGIA, MAS APRESENTA-SE SONOLENTO.

AO EXAME: EGRUIM, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIPOCORADO, HIDRATADO, AFEBRIL AO TOQUE, ACIANOTICO, ESCORIAÇÕES PRESENTES EM OLHO ESQUERDO, MEMBROS E SANGRAMENTO ABUNDANTE EM OROFARINGE (LESÃO EM OROFARINGE);  
ACV: RCR EM 2T BNF, SEM SOPROS, FC: 92 BPM  
AR: MV+ EM AHT S/RA  
ABD: DEPRESSÍVEL, INDOLOR À PALPAÇÃO, SEM SINAIS DE PERITONITE  
EXT: MMII SEM EDEMAS OU SINAIS FLOGÍSTICOS, ESCORIAÇÕES EM MID  
SN: GLASGOW=15; PUPILAS ISO/FOTO; SEM SINAIS FOCAIS, NUCA LIVRE, SONOLENTO

SOLICITADA AVALIAÇÃO DA CIR GERAL + HIDRATAÇÃO EV + EXAMES (TC DE CRÂNIO E RAOX DE COLUMA/ TORAX / ABDOME)

CID10

V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
OPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5  
Goiânia - Goiás / PE

## LAUDO MÉDICO RESUMO DE ALTA

ELIELSON RANGEL DORNELES

DATA ADMISSÃO 21/11/2016

**HDA:** Paciente com história de acidente de moóto há cerca de 48 h. com trauma de face e crânio

**EXAME FÍSICO** – Força normal, feridas e escoriações de face.

### EXAMES COMPLEMENTARES-

TAC – Pneumoencefalo + fraturas de ossos de face + parênquima cerebral normal

**EVOLUÇÃO** – Paciente evoluindo bem, sem intercorrências, sem déficits.

### ORIENTAÇÃO

1. REPOUSO DOMICILIAR POR 15 (quinze ) DIAS DA ALTA.
2. RETORNAR AO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA COM 30 DIAS DA ALTA.
3. AO AMBULATORIO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
4. TORAGESIC 1 COMP DE 8/8 H POR 5 DIAS

Hd – S06

ALTA 25/11/2016\*

DRª. FÉLIX MARIA  
Neurocirurgia  
CRM 5124

# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3170047766

**Cidade:** Paulista

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ELIELSON RANGEL DORNELAS

**Data do acidente:** 19/11/2016

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura do primeiro metacarpo direito, luxação do punho direito. Fratura de ossos da face.

**Descrição do exame médico pericial:** Ao exame apresenta limitação de movimentos do punho e polegar direitos. Refere dor na face sem alterações funcionais.

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com colocação de fio de Kirschner. Conservador para fraturas de face.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional da mão direita

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 08/03/2017

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Paulo Sergio Muniz

**CRM do médico:** 5530

**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

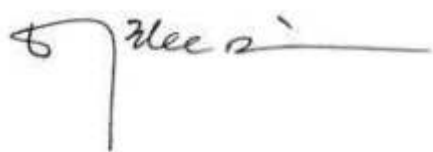
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**





## PROCURAÇÃO PARTICULAR

**OUTORGANTE:** Robson Rocha Dornelas  
brasileiro(a), estado civil casado, CI/ RG nº 3538487 SOS  
CPF/MF sob nº 855.624.084-49, residente e domiciliado à rua  
Rua Setenta e Nito, nº 412.  
Bairro: Morangulopo II, Cidade: Paulista,  
Estado: PE, CEP: 53421-330, Telefone: 986933948.

**OUTORGADO(S):** SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco c/ou JAILSON JOSÉ DE ALCÂNTARA, brasileiro, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 818.675.654-04, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco.

**PODERES:** Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

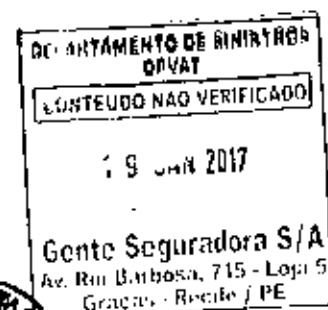


Paulista, 13 de Dezembro de 2016.

Robson R. Dornelas

OUTORGANTE

Reconhecer firma por autenticidade



SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL - 1º OFÍCIO  
Bel. Paulo de Siqueira Campos - Notário e Registrador  
Av. Marechal Floriano Peixoto, 76 - CEP 53401-450 - Paulista / PE  
Fone: (81) 3010-0001 - C.N.P.J. 11.947.881/0001-08



Reconheço por autenticidade a firma ROBSON ROCHA DORNELAS; Dou fé.  
Paulista/PE, 13/12/2016 09:17:18. Emol.: R\$ 3,27; TSNR: R\$ 0,73;  
FERC: R\$ 0,36. Op. 151. OZEAS LUAN DA SILVA - Escrevente. Consulte  
autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)  
0077552.YFC12201601.02075

*[Handwritten signature]*

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **ELIELSON RANGEL DORNELAS** Sinistro: **3170047766** Data: **19/11/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Setenta e Oito, 412, LOTE 09 - Maranguape II - Paulista - PE - CEP 53421-330**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [ **Sds** / **PE** ] **10050404**

Data local do exame: [ **08/03/2017** ] **Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)  
**Fratura do primeiro metacarpo direito, luxação do punho direito. Fratura de ossos da face. Ao exame apresenta limitação de movimentos do punho e polegar direitos. Refere dor na face sem alterações funcionais.**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [ ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.  
**Tratamento cirúrgico com colocação de fio de Kirschner. Conservador para fraturas de face.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [ ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional da mão direita**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"  
Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

( ) "Exame não permite conclusão"  
Vide motivo do impedimento no campo das observações

( ) "Sem sequela permanente" (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):  
**Mão direita**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

( ) Total = "100% da IS"

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



Paulo Sergio Muniz - CRM: 5530 - PE