

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

BRADESCO10032017050000000002370028900000155876236250 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, Ronaldo Ribeiro Dornelas

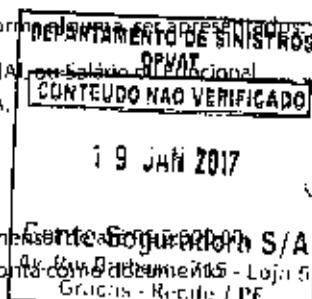
POR PORTADOR(A) DO RG Nº 3538487 EXPEDIDO POR SSP EM / / E CPF 815.516.219-0184-919 (CNPJ 11.111.111/0001-11) PROFISSÃO Autônomo E RENDA MENSAL DE R\$ 2.000,00 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Ronaldo Ribeiro Dornelas, AUTORIZO 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 aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou UPA;
- 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 da proposta de abertura de conta com comprovação dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta no site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT 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 intencionando 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 SOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Recebi 03 de janeiro de 2017

LOCAL E DATA

Ronaldo R. Dornelas

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 da pendente de informação, acesse [www.dpvatsegurodutransito.com.br](http://www.dpvatsegurodutransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0721294.



 Bradesco

## **Dia & Noite**

BBM - BRASILEIRO DATA NOTICE  
EXTRATO RESIS ANTENORES CONTA FACIL  
ITBB 10861746

ROBSON RODRIGUES DORNELAS 10/06/1006  
AGENCIA 0789 CONTA 0125876-5 06/07/2016

DATA	HISTÓRICO	N. DOCTOR	VALOR
07/10	SAÍ DO ANTERIOR		
01/11	RENDIMENTOS	0706060	
	POUP. FÁCIL DEIXIS A PARTIR 4/5/12		
	SAÍ DO EM 01/11		
07/11	RENDIMENTOS	0706060	
	POUP. FÁCIL DEIXIS A PARTIR 4/5/12		
	SAÍ DO EM 07/11		
08/11	TRANG SAÍ P/C/C 08090201		
	BCD:237 AGU:000200 CTA:06214005 0		
09/11	SAQUE P/C ANTES 4192/006		
	Ag016000000024102seq01/0008111023		
09/11	SAQUE P/C ANTES 4192/006		
	Ag016000000024102seq01/0008111024		
	SAÍ DO 18 08/11		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
15 JUN 2017
Sento Seguradora S/A Av. Rio Branco, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 625ª CIRCUITARIA - PEINHON - DPVAT/RC DIRETORIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N. 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: PRÓXIMO A COMPESA  
Local do Fato: VIA PÚBLICA

*Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:*  
DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
ROBSON ROCHA DORNELAS ( NOTICIANTE )  
E.R.D (Menor de Idade) ( VITIMA )

*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: MasculinoMae: MARIA NAZARE ROCHA DORNELAS Pai: SEVERINO RAMOS DORNELAS Data de Nascimento: 31/3/1971 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3826437/SSP/PE (RG), 85562402449 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º GRAU COMPLETO Telefones Celulares: - 993923948

Endereço Residencial: BAIRRO DE MARANGUAPE II, 412, RUA SETENTA E OITO - CEP: 56000-000 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

E.R.D (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: MasculinoMae: ROSEMARY DA COSTA RANGEL DORNELAS Pai: ROBSON ROCHA DORNELAS Data de Nascimento: 31/12/2001 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 103804041928/PE (RG), 12716682420 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º GRAU INCOMPLETO

Endereço Residencial: BAIRRO DE MARANGUAPE II, 412, RUA SETENTA E OITO - CEP: 56000-000 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

Qualificação da(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEICULO) que estava em posse do(a): 3/4(a): ROBSON ROCHA DORNELAS  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 Objeto apreendido: Nenhum Cor: AZUL - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGQ8872 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

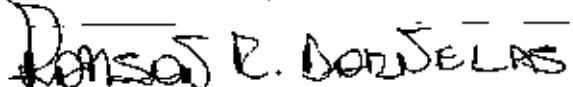
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014

Descrição: PROPRIEDADE ROSEMARY DA COSTA RANGEL DORNELAS

Complemento / Observação

INFORMOU O NOTICIANTE QUE VINHA PELO 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 N° 828297 E EM SEGUIDA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL ILHA DO LEITE.

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



ROBSON ROCHA DORNELAS  
(NOTICIANTE)



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



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



Comprovante do seu pagamento  
00007  
DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JAN 2017

Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Branco, 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife / PE

## FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 828107Nome: ELIASO RICARDO DOPTEFoi atendido às 15:48h hs do dia 14/11/2016Diagnóstico Provável: POLITRAUMATISMO POSS. VIDA  
AT. HEMORRAGIATratamento Realizado: EVASO AT. SANGUE CAVAGEM  
VIA VASO + MORRIZAO EM PARENTESE  
OLAR CERVALObservação: PERFIL APARENTEMENTE OCORREU  
EM HOSPITAL CLÍNICO 101 MINAS GERAIS EM  
MINAS GERAIS NO HOSPITAL DE DEPARTAMENTO

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.

PEMAMBU

DIRETÓRIO DE MINISTROS  
BPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

10 FEB 2017

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
Graciosa - Recife - PE - CEP 52011-040

Nº Atenção: 828797

Nome: ELEISIO RENIL DORNELAS

Foi atendido às 15:48h no dia 19/11/2016

Diagnóstico Provável: POLITRAUMATISMO PÓS ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Tratamento Realizado: INFUSÃO DE SÓLUCO CONSTITUÍDA  
VIA VENOSA + IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA RÍGIDA +  
COLAR CERVICAL

Observação: PACIENTE APÓS PRIMEIROS SOCORROS FIZ  
ESTABILIZAÇÃO CLÍNICA FOI ENVIADO EM  
AMBULÂNCIA PARA HOSPITAL DA DEDE MARVILHA

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 Pùblico do Estado de Pernambuco.

Fundação Professor Martiniano Fernandes - IMIP  
Avenida Ministro Marcos de Barroso Freire, S/N Jardim Paulista - Paulista/PE CEP: 53.421-035  
CNPJ: 08039744/0006-18 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** Ao exame apresenta limitação de movimentos do punho e polegar direitos. Refere dor na face sem alterações  
**médico pericial:** 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## PRESTADOR

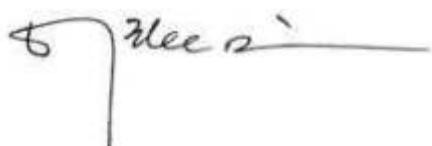
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

**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 de 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 nosocomio 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
7/8/2017
Gente Seguradora S/A Av. Rui Barbosa, 715 - Loja 5 Gincas - Recife / PE



Paciente...: 9243182 ELIELSON RAGEL DORNELAS Sexo: M  
Nascimento: 31/12/2001 RG.: 0 CPF.: 12716692424  
Endereço: R R SETENTA E OITO 412 MARANGUAPE II PAULISTA PE 53421330  
Convenio...: HAPVIDA Tel.:  
Matrícula.: 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 lámina papirácea, o esfenóide, 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 coleções intracranianas.



Dr. José Luiz de Sá Neto  
CRM 139.335

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, VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA CERCA DE DUAS HORAS. NO MOMENTO SEM QUEIXAS, EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHAS, COM ACESSO VENOSO PERIFERICO PUNCIONADO, RECEBENDO HIDRATAÇÃO EV. TRAZIDO DA UPA DE PAULISTA.

FAMILIA REFERE PERDA DA CONSCIENCIA LOGO APOS O ACIDENTE (NAO 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 (LESAO EM OROFARINGE); ACV: RCR EM 2T BNF, SEM SOPROS, FC: 92 BPM

AR: MV4 EM AHT S/RA

ABD: DEPRESSIVEL, 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 CRANIO E RAIOS DE COLUNA/ TORAX / ABDOME)

CID10

V299 MOTOCICLISTA ACID TRANS NE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JAN 2017
Gente Seguradora S/A Av. Rio Brilhante, 715 - Loja 5 Graciosa - Recife / PE

LAUDO MÉDICO  
RESUMO DE ALTA

ELIELSON RANGEL DORNELES

DATA ADMISSÃO 21/11/2016

**HISTÓRIA:** Paciente com história de acidente de moto 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**

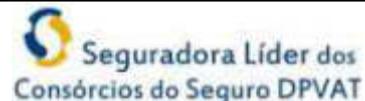
1. REPOUSO DOMICILIAR POR 15 (quinze) DIAS DA ALTA.
- 2 RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE NEUROCIRURGIA COM 30 DIAS DA ALTA.
3. AO AMBULATÓRIO DE CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL
4. TORAGESIC 1 COMP DE 8/8 H POR 5 DIAS

Hd - S06

ALTA 25/11/2016\*

Dr. HENILIA MARIA  
Neurocirurgia  
ORM 0124

# 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** Ao exame apresenta limitação de movimentos do punho e polegar direitos. Refere dor na face sem alterações **médico pericial:** 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
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

## 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  
T0028

## 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 Seteante e Vito, nº 412, Bairro: Moranguinho 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 e/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 Lider, Seguradoras conveniadas a Lider 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 do Siqueira Campos - Notário e Registrador  
Av. Marechal Floriano Peixoto, 76 - CEP: 53401-450 - Paulista/PE  
Fone: (81) 3010-0001 - Cx. P.J. 11.567/881-1031-08



DEPARTAMENTO DE RIMINTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

13/12/2016

Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Branco, 715 - Loja 5  
Graciosa - Recife / PE

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

**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

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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