

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190095590**

**Vítima: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 24 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190095590**

**Vítima: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA**

**Data do Acidente: 18/10/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: IVONILDO FERREIRA DE BARROS JUNIOR**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

**Recebedor: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA**

**Valor: R\$ 337,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000000648**

**Conta: 00000185566-8**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

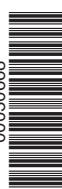
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

708.053.694-49

Nome completo da vítima:

MELQUISE DE QUE RODRIGUES DA SILVA

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

Nome completo:

MELQUISE DE QUE RODRIGUES DA SILVA

CPF:  
708 053 694 49

Profissão:

RECUA

Endereço:

ILVA EDUCADORA BRANDINA FOCHI

Número: 88 Complemento: CASA

Bairro:

ENTAU

Cidade:

MONEN

Estado:

PE

CEP:

54800,000

E-mail:

Tel.(DDD):  
(81) 988776165

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

DADOS CADASTRAIS

### RENDIMENTO MENSAL:

RECUA INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0648

CONTA: 485566

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não

Se tinha filhos, informar quantos:  
Vivos: Falecidos:

Vítima deixou  
nascituro (vai nascer)?

Sim  Não Vítima deixou  
pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão  
digital da  
víma ou  
beneficiário  
não alfabetizado

Local e Data, RECIFE, 04.02.19

Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

*Melquise de que Rodrigues da Silva*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

2º | Nome:

CPF:

*ARUANA SEGHADORA*  
04 FEVEREIRO 2019

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



# 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: 15/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000185566-8

---

Nr. da Autenticação 72ACAB45591BFA75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190095590      **Cidade:** Moreno      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA      **Data do acidente:** 18/10/2018      **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/02/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## 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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
<b>Total</b>			<b>2,5 %</b>	<b>R\$ 337,50</b>



Nome: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA (24756)  
Data Nascimento: 01/06/1967 51 Anos e 6 Meses

SEXO: M

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia  
Serviço: 000 - Pronto Atendimento

Nº de Admissão: 299575

PAINEL: [REDACTED]

Data da Admissão: 07/12/2018  
Hora da Admissão:

### LAUDO MÉDICO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE COM MOTO APRESENTANDO FRATURA DO 5º QDE HÁ 7 SEMANAS.

AO EXAME EVOLUI COM DOR IMPORTANTE E LIMITAÇÃO FUNCIONAL. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL E FISIOTERÁPICO SEM PREVISÃO DE ALTA. SUGIRO AFASTAMENTO POR TEMPO INDETERMINADO.

CID = S62.6

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 07/12/2018 as 21:54

Dr. (a) DANIEL SANCHES  
CRM: 19149



HOSPITAL ARMINDO MOURA  
EP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 26/10/2018 09:00

Endereço: 295051 Entrada: 18/10/2018 Hora: 20:01  
nº: SUS ESTADO - URGENCIA  
Responsável:  
Dado Resp: TARCISIO LYRA DE BRITO

Recepção: ROSEMERE MARINHO  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 705006639965351

Paciente: 24756 MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA  
Nascimento: 01/06/1967 (51 Anos e 4 Meses)  
Endereço: RUA EDUCADORA BRANDINA ROCHA  
Cidade: CENTRO C.E.P.: 54800-000  
CEP: 2609402 MORENO  
Nome: SEVERINO RODRIGUES DA SILVA  
Nome: JULIA AUGUSTA DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: Parda  
Estado Civil: CASADO  
C.P.F.: 3241575 - SSP - PE  
Identidade: / 88807790  
Telefone:  
G.Instrução:  
Ocupação: DESEMPREGADO  
Naturalidade: MORENO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

1: 18/10/2018 - 20:58

Relação (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

Sintoma do paciente: DOR E DEFORMIDADE EM 5ºQDE APÓS QUEDA DE MOTO HA 3 HORAS

Sintoma físico: DOR E DEFORMIDADE EM 5ºQDE

Hipótese diagnóstica: FRATURA DE F1 DO 5ºQDE

Procedimento/Conduta: REAALIZADA REDUÇÃO INCRUENTA + RX INICIAL E CONTROLE

Horário/Checkagem

LÍVA GESSADA E ENGLOBANDO 4ºE5ºQDE	

Altação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura  
SAMU  
Centro de Arquivo Médico  
tel: (81) 3535-2013  
e-mail: hma@hmatto.com.br

Página 1

ARUANA SEGUROADORA  
04 FEV 2019



**Arminindo Moura**  
HOSPITAL GERAL

**Nome:** MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA (24756)

**Data Nascimento:** 01/06/1967

51 Anos e 5 Meses

**SEXO:** M

**Nº de Admissão:** 297154

**Unidade de Atendimento:** 013 - Ortopedia/Traumatologia

**Serviço:** 000 - Pronto Atendimento

**PAINEL:** [REDACTED]

**Data da Admissão:** 09/11/2018

**Hora da Admissão:**

### SOLICITAÇÃO DE FISIOTERAPIA MOTORA

SOLICITO 20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA

HD = FRATURA DO 5º QDE

*Relatório Emitido Eletronicamente*

Data: 09/11/2018 as 22:22

Dr. Daniel Sanches  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia da Mão  
CRM-PE 19.149

Dr. (a) DANIEL SANCHES

CRM: 19149



CRM: 19149  
Dr. (a) DANIEL SANCHES

Data: 09/11/2018 as 22:22



**PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO**  
Secretaria de Saúde

Velando por o devidos fins que  
o paciente Melquizedech Pessôa  
lhe deixa, com um diagnóstico  
de rotura de SEDS há  
aprox. 2 meses com tratamento  
de Redução feita e não x que  
com coagulase que gerou um  
hemorragia no espesso,  
com risco de ser importante  
e limitar função da  
mão esquerda com dificuldade  
para tom e movimento que  
em sua opinião é que  
esta pena impossibilita o  
de exercer sua atividade  
profissional até que seja

RUA JOÃO FERNANDES VIEIRA, 213 - CENTRO - MORENO - PE - CEP: 54.800-000 - FONES: (81) 3535.5092 / 3535.3765

ARUANA SEGUROADORA  
04 FEVEREIRO 2019

milhares de anos.

O mesmo encontra-se em  
fossos fértils suspendidos norte  
americano de São Paulo.

Ed: 562.6

Moçambique, 28 de

Setembro de 2018.

João  
M. P. P.  
14.9.18

2

Atendimento: 303610 Entrada: 25/01/2019 Hora: 20:10  
Plano: SUS ESTADO - URGENCIA  
Responsável:  
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Recepção: ELIANE SOARES DA SILVA  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 705006639965351

Paciente: 24756 MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA  
Nascimento: 01/06/1967 (51 Anos e 7 Meses)  
Endereço: RUA EDUCADORA BRANDINA ROCHA  
Bairro: CENTRO C.E.P.: 54800-000  
Cidade: 2609402 MORENO  
Pai: SEVERINO RODRIGUES DA SILVA  
Mãe: JULIA AUGUSTA DA SILVA  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA  
Estado Civil: CASADO  
C.P.F.:  
Identidade: 3241575 - SSP - PE  
Telefone: / 88807790  
G.Instrução:  
Ocupação: DESEMPREGADO  
Naturalidade: MORENO

## **ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**

Em: 09/11/2018 - 21:30

**CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM\19149)**

Queixa do paciente:

**FRATURA DO 5º QDE HÁ 3 SEMANAS ACOMPANHADO POR DR TARCISIO / DESVIO ACEITÁVEL / CONSOLIDAÇÃO PARCIAL**

**Exame físico: LIMITAÇÃO DE ADM 5ºQDE**

**Hipótese diagnóstica: FRATURA DE 5º QDE**

**Prescrição/Conduta: RX FRATURA DE F1 COM DESVIO DORSAL**

**Horário/Checagem**

01 -	<b>FISIOTERAPIA MOTORA</b>	
02 -	<b>ORIENTAÇÕES</b>	
03 -		
04 -		

**Reavaliação:**

**Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:**

