
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



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, retorne 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.

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:	Nome completo da vítima:	
	708.053.694-49	MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA		708.053.694-49	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECUSA	RUA EDUCADORA BRANDINA FOCHA	88	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CENTRO	MORFENO	PE	54800.000
E-mail:	Tel.(DDD):		
	(81) 988776115		

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

RENDA MENSAL:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 0648	CONTA: 485566	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes 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:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____	Falecidos: _____
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não afetado

Local e Data, Recife, 04.02.19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Melquisedeque Rodrigues da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

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.



ARUANA SEGURADORA
04 FEV 2019

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 SILVA **Data do acidente:** 18/10/2018 **Seguradora:** COMPANHIA DE SEGUROS ALIANÇA DO BRASIL

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/02/2019

Valoração 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
Total			2,5 %	R\$ 337,50



Armino Moura
HOSPITAL GERAL

Nome: MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA (24756)

Data Nascimento: 01/06/1967

51 Anos e 6 Meses

SEXO: M

Nº de Admissão: 299575

PAINEL: [REDACTED]

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 07/12/2018

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

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



ndimento: 295051 Entrada: 18/10/2018 Hora: 20:01
no: SUS ESTADO - URGENCIA
sponsavel:
dico Resp: TARCISIO LYRA DE BRITO

Recepcionista: ROSEMERE MARINHO
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 705006639965351

iente: 24756 MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA
scimento: 01/06/1967 (51 Anos e 4 Meses)
lereco: RUA EDUCADORA BRANDINA ROCHA
ro: CENTRO C.E.P.: 54800-000
ade: 2609402 MORENO
SEVERINO RODRIGUES DA SILVA
JULIA AUGUSTA DA SILVA
ionalidade: BRASIL

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

RTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

18/10/2018 - 20:58

ALIAÇÃO (Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO CRM 10591)

ixa do paciente: DOR E DEFORMIDADE EM 5ºQDE APOS QUEDA DE MOTO HA 3 HORAS

ne físico: DOR E DEFORMIDADE EM 5ºQDE

tese diagnóstica: FRATURA DE F1 DO 5ºQDE

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

Horario/Checkagem

LIVA GESSADA E ENGLOBANDO 4º E 5º QDE	

aliação:

riais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Memorial Arm...
S.A.M.E.
de Arquivo Médico
tel: (81) 3535-2013
Impelto S/A

ARQUIVO SEGURO
04 FEV 2019



Armando 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

PAINEL:

Unidade de Atendimento: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data da Admissão: 09/11/2018

Serviço: 000 - Pronto Atendimento

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

Dr. (a) DANIEL SANCHES
CRM: 19149

ARJANA SEGURADORA
04 FEV 2019

Data: 09/11/2018 as 22:22



PREFEITURA MUNICIPAL DO MORENO
Secretaria de Saúde

Declaro que o doador foi que
o paciente Melquisedeque Rodrigues
da Silva, com um diagnóstico
de Rotavírus de SEBDE há
aprox. 2 meses com tratamento
de Redução frenta o Roto x mel
com colapso e uma gestação em
seu útero e a não espereza,
com quadro de de importância
e limitação funcional da
motricidade com dificuldades
para tomar e movimentar-se
em motricidade, ficando
deste fato impossível de
desempenhar suas atividades
funcionais até que seja

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

ARUANA SEGURODORA
04 FEV 2019

melhor do mundo.

O mesmo encontra-se em
seu fim teóricas nesta
unidade de saúde.

elo: 562.6

novembro, 28 de
dezembro de 2018.


Handwritten signature and a circular stamp with text inside.

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 25/01/2019 22:21

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

Recepcionista: ELIANE SOARES DA SILVA
Matricula:
Identidade:
C.N.S.: 705006639965351

Paciente: 24756 MELQUISEDEQUE RODRIGUES DA SILVA
Nascimento: 01/06/1967 (51 Anos e 7 Meses)
Endereco: 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 CRM¹⁹¹⁴⁹)

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

		Horario/Checkagem
01 -	FISIOTERAPIA MOTORA	
02 -	ORIENTAÇÕES	
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Página 1 de 1
ARQUIVADA
04 FEV 2019