
Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190076439

Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), LEONARDO PEREIRA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Boletim de ocorrência ilegível. o documento não permite a leitura das informações, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190076439

Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Data do Acidente: 15/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LEONARDO PEREIRA 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 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

Recebedor: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000007705

Conta: 0000023204-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	603 27 779 365	Leonardo Pereira da Silva
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
Leonardo Pereira da Silva	60327779365	
Profissão:	Endereço:	Número:
	Rua João Guedes Pereira Filho	74
Bairro:	Cidade:	Estado:
meias II	Iguatu	AC
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
	63500000	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUANÇA (Somente para usuários option. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA:

(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 o débito, 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 (assinale 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 do acidente do 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 de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

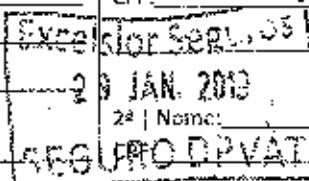
Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúva Data do óbito da vítima:

Gráu 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: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarão 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.

<p>Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)</p> <p>Assinatura do Representante Legal (se houver)</p> <p>Assinatura do Procurador (se houver)</p>	Local e Data: <u>Iguatu, 22/03/2019</u>	TESTEMUNHAS
	Nome: <u>Leonardo Pereira da Silva</u>	1º Nome: _____
	CPF: <u>60327779365</u>	CPF: _____
	Assinatura: <u>Leonardo Pereira da Silva</u>	Assinatura: _____





Banco Itaú S.A.

PROTOCOLO DEPOSITO DINHEIRO CAIXA ELETRONICO
BANCO 341 CTP 000001 22/01/2013 15,20,56

AGENCIA: 7705 CONTA CORRENTE: 23204-4

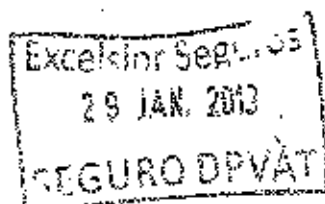
R\$ 50,00

LEONARDO SILVA

CAIXA ELETRONICO 72447/7705-IBIATU

DEPOSITOS REALIZADOS APÓS O HORARIO DE
EXPEDIENTE BANCARIO ESTAO SUJEITOS A
EFETIVACAO SOMENTE NO DECORRER DO PROXIMO DIA
UTIL. DEPOSITOS REALIZADOS NOS SABADOS,
DOMINGOS E FERIADOS SAO EFETIVADOS NO DECORRER
DO PROXIMO DIA UTIL.

SE HOUVER DIFERENÇA NO ENVELOPE, SERA LANÇADO
O VALOR ENCONTRADO. SE VAZIO, NAO SERA ABERTO
E PERMANECERA POR 08 DIAS NA AGENCIA ONDE FOI
DEPOSITADO. PARA COMPROVACAO, NESTES CASOS,
APENAS PARA REGISTRO, O VALOR INFORMADO PELO
CLIENTE SERA CREDITADO E ESTORNADO NO EXTRATO.



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASI: _____ CPF da vítima: 60327779365 Nome completo da vítima: Leonardo Pereira da Silva

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

Nome completo: Leonardo Pereira da Silva CPF: 60.327.779.365

Profissão: Estudante Endereço: Rua José Gualberto Pereira Filho Número: 74 Complemento: _____

Bairro: Parque II Cidade: Luziânia Estado: Goiás CEP: 63500000

E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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 OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: ITAU

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 7703 CONTA: 23 204

(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, em 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 do 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 6.204/74, 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) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos 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.

Local e Data: Luziânia 15/10/2019

Nome: Leonardo Pereira da Silva

CPF: 60.327.779.365

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Leonardo Pereira da Silva

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: Excelsior Seguros

CPF: _____

20-FEV-2019

Assinatura

2ª | Nome: SEGURO DPVAT

CPF: _____

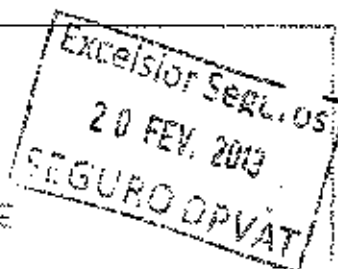
Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
 Data / Hora da Comunicação: 17/12/2018 10:53:22
 Data / Hora da Ocorrência: 15/09/2018 19:45:00
 Endereço da Ocorrência: RUA ANTONIO MENDONÇA
 Complemento:
 Bairro: Município: IGUAU/CE
 Fonte de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LEONARDO PEREIRA DA SILVA
 Nascimento: 05/05/1992 CPF:
 RG: Órgão Emissor: UF:
 Filiação: MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA
 SEVERINO PEREIRA DA SILVA
 Endereço: RUA JOÃO GUEDES PEREIRA SILVA
 Bairro: AREIAS II
 Município: IGUAU/CE CEP:
 País: BRASIL Telefone: (88) 98831-9243

Histórico

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE e informado de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPB, informou que no local e horário supracitado, trafegava de garupa, na moto acima cadastrada, tendo como CONDUTOR JOSE RONALDO ALVES ANORADE, que sofreu só escoriações; Que o condutor perdeu o controle da moto vindo a cair e sendo socorrido por populares para o Hospital Regional de Iguaú, e sendo atendido pelo Dr. FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS; Que segundo o laudo médico, teve FRATURA DE RÁDIO NO BRAÇO ESQUERDO PASSANDO POR CIRURGIA; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.
 Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINA: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBERTO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300974-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Leonardo Pereira da Silva

VISTO DO DELEGAD(A):

WESLEY ALVES DE ARAÚJO - MAT.: 300349-1-1

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:

6032779365 Leonardo Pereira da Silva

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

Nome completo: CPF: 6032779365

Profissão: Endereço: Rua João Mendes Pereira Filho Número: 74 Complemento:

Bairro: Cidades: Iguaçu Estado: Paraná CEP: 83200-000

E-mail: Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL: ☒ RECURSO 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 OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as linhas abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Também em bancos)

Nome do BANCO: S7AC

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 7705 CONTA: 23204 4

(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, §2º, 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 (ho Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: Falecidos: Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ 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.

TESTEMUNHAS

1ª Nome: CPF:

2ª Nome: CPF:

3ª Nome: CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 122524	Atendimento 0001	Nome do Paciente LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CNS	Guia de Autorização
Documentos CPF: 803.277.793-65			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 05/05/1992	Local SAO PAULO/SP		Idade 26 Ano(s)	
Pai SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO	Mãe MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA			
Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48	Bairro BRASILIA	CEP 53500-000	Município IGUAÇU	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone 88988319243	
Responsável VANESSA	CPF do Responsável	Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48	Município IGUAÇU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 15/09/2018	Hora 19:46	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS	CRM/UF 04592/CE			Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente	Funcionário LUCIENE GOMES RIBEIRO			
Cl. Anamnese				
	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)
				PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de acidente automobilístico (queda), após um dia
recuparte, apresenta-se neste momento consciente e orientado, sem
queixa de dor em MSE. Ao exame, abdome livre. Glasgow 15.

Rx de braço e antebraço esquerdos.
Rx de tórax.

o clonazepam 01 AMP 3M 20/70
o Difenidramina 01 AMP 3M 20/70
o Sp. O. 9L 500ml 20/70
o Soro fisiológico 200ml 20/70
o Soro fisiológico 200ml 20/70
o Soro fisiológico 200ml 20/70

Dr. Jones Almeida Gonçalves
Cirurgia Geral/Clínica Médica
CRM-CE 15854

Excelsior Seg. S.S.
29 JAN. 2019
REGUO DPVAT

FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS - CRM: 04592

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VANESSA

Paciente ficou em RX

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

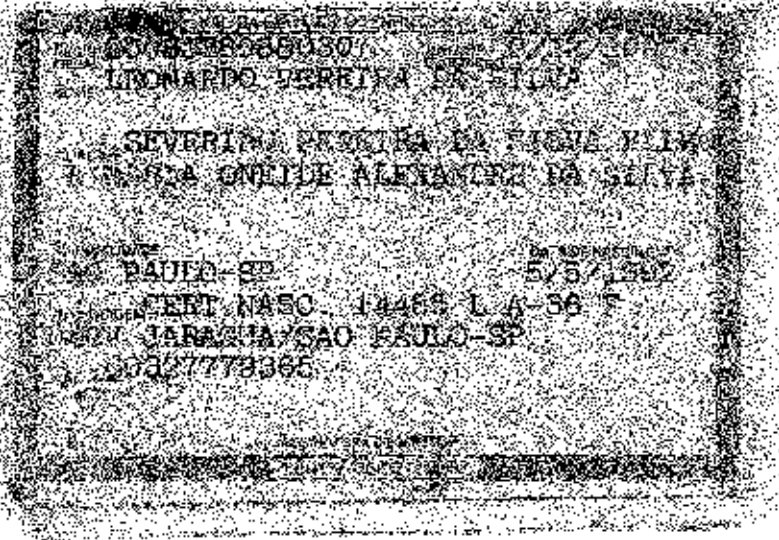
BANCO: 341

AGÊNCIA: 07705

CONTA: 000000023204-4

Autenticação:

3D23C6F9317203B2A8022FAF9E03C4FEE2AE4BAFF63EC8FCF905807F862709A0



EXCERTE SERVIÇOS
29 JAN. 2013
SEGURO DPVAT

SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE BHATL
Estr. Desembargador Carlos Lins, 172 - Praia - Iguaçu
CEP: 83500-100 - QX FJ, 01, 500 133/001 48
FAX: (41) 3666-7281/100 12341414
E-mail: wsa@iguaraguabz

ABRIL 2013 : Classe: 30000 EOGN0403 ABERT
00260723 PAR RES RES 00% PD Fuz OUT 07/2018
10/000000 00000000 00000000 00000000 00000000
AD00532196 26/01/10 00.00.12.0000012030 180200911
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA
RUA JOÃO GUEDES PEREIRA FILHO 74, AREÍAS - RJ
CEP: 63.500-000 IGUAÇU-CR

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		29,00
16	MULTA POR ATRASO - 05/2015		0,59
17	ENCARGOS (05/2015) 17 DIAS		0,77
42	CONTRIBUIÇÃO A P A E		1,00

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR: 1302	16/08/18
ATUAL: 1302	26/07/18
CONSUMO: 00	DIAS: 32
LEITURISTA: 02	CCO: 02

MÉDIA: 0 m³

ÚLTIMOS CONSUMOS

PERÍODO	CONSUMO
JAN	0
FEV	0
MAR	0
ABR	0
MAY	0
JUN	0

PARÂMETROS DA ÁGUA DESTILADA

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
PH	6,5 a 8,5	01	7,25
Cloro	0,5 a 2,0	01	1,00
Fluor	0,5 a 1,5	01	0,75

DÉBITO(S):
EXISTE(M) 001 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 29,36
VENCIMENTO: 27/07/2018 VALOR R\$ 29,76

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Ronaldo Alves Andrade,
 RG nº 2008029278636, data de expedição 22/10/2009
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 950.771.733-34, com
 domicílio na cidade de Iguatu, no Estado de
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Pedro Gomes, nº 238,
 complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Leonardo Pereira da Silva, cujo o condutor era
José Ronaldo Alves Andrade.

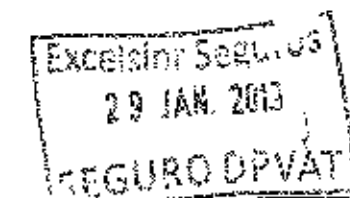
Veículo: motocicleta
 Modelo: YAMAHA YBR 125X
 Ano: 2007 / 2008
 Placa: HYX 6545
 Chassi: 926KE092020173054
 Data do Acidente: 15/10/2018
 Local e Data: Iguatu 17/12/2018



José Ronaldo Alves Andrade
 Assinatura do Declarante

José Ronaldo Alves Andrade

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



RECONHEÇA AS FIRMAS: DE <u>José Ronaldo Alves Andrade</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Por Bateria	<input checked="" type="checkbox"/> Autenticidade
Do: Sr. Iguatu-CE	17 DEZ 2018
Em: Iguatu-CE	
() Roberto Sérgio Rocha da Silva - Tabelião () Carlos Anderson da Rocha Bezerra - Substituto () Rosângela Rocha Cavalcante - Secretária	

Roberto Sérgio Rocha da Silva
 CPF: 075.257.573-00
 Tabelião Autorizado

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 22524	Atendimento 0001	Nome do Paciente LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 603.277.130-65		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 05/05/1992		Local SAO PAULO/SP	Idade 26 Ano(s)	
Pai SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO		Mãe MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA		
Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48	Cidade BRASILIA	CEP 63500-000	Município IGUAÇU	UF CE
Profissão	Empresa	Conjuge	Telefone 88988319243	
Responsável VANESSA	CPF do Responsável	Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48	Município IGUAÇU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 15/08/2018	Hora 19:46	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS		CRF/UF 04592/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Relatador de Acidente		Funcionário LUCIENE GOMES RIBEIRO		

Diagnóstico	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
				R (rpm)
				PA (mmHg)

Objetivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de acidente automobilístico (queda), apresenta-se incapaz, apresenta-se muito sonolento e irritado, com queixa de dor em MSE do tórax, abdome livre. Garganta

Rx de braço e antebraço esquerdos.
Rx de tórax.

Exatidão do AMP EM 20:10

Exatidão do AMP + ROL 20:10

SP. D. 9% SPO2 92% em 15 min

Imobilização com sigla

Otopositivos

Os otopositivos

Dr. Jonas Almeida Santos
Cirurgião Geral/Unip. Médica
SP. 045.159.915

Excelsior Seguros
29 JAN. 2018
REGUO DPVAT

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VANESSA

FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS - CRM: 04592

Paciente preso a RX

Hospital Regional Dr. Manoel
Batista de Oliveira

www.saocamiloiguatu.org.br

ADMINISTRAÇÃO • SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o(a) Sr. (a),

Leandro P. Silva

Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

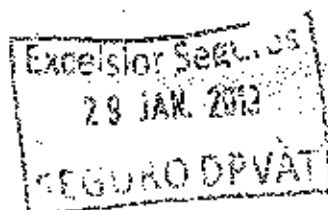
() Ser dispensado no dia de hoje.

(☒) Permanecer afastado do trabalho (60) sessenta

dias a partir de _____

Observações: _____

CID: S22



IGUATU, 16 de

16 20 14

ASSINATURA F. CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edison Melo Javorka 170
Cidade
Fone: (11) 3333-3333

DR. CLEYDE ATILA
Médico de Plantão
Unidade 101

Unidade 101
Fone: (11) 3333-3333

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

23.817.034.1750

C.C.

DADOS DO PACIENTE

Nome				LEONARDO PEREIRA DA SILVA				Prontuário Administrativo	
Nascimento		Local		País Nacionalidade		Idade		122529000	
05/05/1992		SAO PAULO		Brasil		29 Anos			
Sexo		Raça/Cor		Estado Civil		Religão			
Masculino		Branco		Solteiro(a)					
Identificação		CPF		CNS		Município		CEP	
CPF: 603.277.793-88				70.0905.824.8486-41		IGUAÇU-CE		33600-000	
Endereço		Nº		Bairro		Município		CEP	
RUA 25 DE MARÇO		48		BRASILIA		IGUAÇU-CE		33600-000	
Fone		Profissão		Empresa		Fone Empresa			
(84) 28831-5243									
Responsável		CPF do Responsável		Fone Responsável					
Endereço Responsável		Cônjuge							
Mãe		Pai							
MÁRIA ONÉDE ALEXANDRE DA SILVA		SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO							

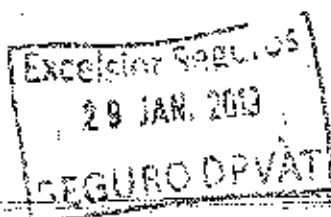
DADOS DA INTERNAÇÃO

Data Hora		Quarto/Leto		Apresento		Clínica		Setor	
26/09/2018 13:12		408-0001		ENFERMARIA		CL. CIRURGICA		CLINICA CIRURGICA	
Convênio		Medicote		Autorização		Dia		Sala	
SUS						0			
Médico						CRM		026481	
PRISCILIANO SOARES DE FRANÇA									
CID Principal		CID Complementar							
S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada		S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada							
Observação									
Enfermeira		Procedimento SUS						Assinatura	
ANA KELE RODRIGUES									
Data Entrada		Hora		Condição de Saída		Uso de Dado			
27/09/18		11:00		alta hospitalar					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.




0703030899(11.095)



IGUAÇU, 26 de setembro de 2018.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: ANA KELE RODRIGUES

Assinatura do responsável

	Sistema Integrado de Saúde OS SA Saúde Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			3 - CNEP	
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			4 - CNEP	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PROMISSÃO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			10 - SEXO	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD. DE MUNICÍPIO	
15 - UF			16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
Febre alta, tosse, dor no peito, suores noturnos.				
18 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO				
Pneumonia de origem.				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Análises e exames para P. R.				
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL				
Febre alta de origem				
21 - CID 10 PRINCIPAL				
J52.3				
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Tratamento			J04.01.810.2.04.2.3	
26 - CID 10			27 - CID 10	
28 - CID 10			29 - CID 10	
30 - CID 10			31 - CID 10	
32 - CID 10			33 - CID 10	
34 - CID 10			35 - CID 10	
36 - CID 10			37 - CID 10	
38 - CID 10			39 - CID 10	
40 - CID 10			41 - CID 10	
42 - CID 10			43 - CID 10	
44 - CID 10			45 - CID 10	
46 - CID 10			47 - CID 10	
48 - CID 10			49 - CID 10	
50 - CID 10			51 - CID 10	
52 - CID 10			53 - CID 10	
54 - CID 10			55 - CID 10	
56 - CID 10			57 - CID 10	
58 - CID 10			59 - CID 10	
60 - CID 10			61 - CID 10	
62 - CID 10			63 - CID 10	
64 - CID 10			65 - CID 10	
66 - CID 10			67 - CID 10	
68 - CID 10			69 - CID 10	
70 - CID 10			71 - CID 10	
72 - CID 10			73 - CID 10	
74 - CID 10			75 - CID 10	
76 - CID 10			77 - CID 10	
78 - CID 10			79 - CID 10	
80 - CID 10			81 - CID 10	
82 - CID 10			83 - CID 10	
84 - CID 10			85 - CID 10	
86 - CID 10			87 - CID 10	
88 - CID 10			89 - CID 10	
90 - CID 10			91 - CID 10	
92 - CID 10			93 - CID 10	
94 - CID 10			95 - CID 10	
96 - CID 10			97 - CID 10	
98 - CID 10			99 - CID 10	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
38 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO				
39 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO				
40 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO				
41 - () VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
42 - () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
45 - DOCUMENTO			46 - Nº DO DOCUMENTO (CONSCRIT) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Fronteira 122824	Atendimento 0005	Nome do Paciente LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CNS	Curso de Autorização
Documento(s)	CPF: 803.277.793-05	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 09/05/1992	Local SAO PAULO/SP	Idade 23 Ano(s)		
Pai SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO	Mãe MARIA ONIDE ALEXANDRE DA SILVA			
Endereço RUA 26 DE MARÇO, 48	Bairro BRASILIA	CEP 63600-000	Cidade IGUAÇU	UF CE
Profissão	Emprego	Cônjuge		
Responsável LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço RUA 26 DE MARÇO, 48	Cidade IGUAÇU	UF CE

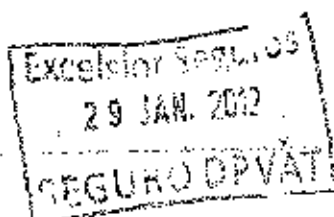
DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 26/09/2015	Hora 07:15	Coverando SUS	Registra	CIS
Profissão do Atendimento PRISCILIANO SOARES DE FRANÇA	CRM/UF 025481/CE	Tipologia Atendimento RETORNO		
Indicador de Atendimento	Funonria APARECIDA NEILA BARROS DAS NEVES			
Observação				
Data	Detalhamento Liberação / /	as	hs.	Tipologia Atendimento () Alta () Internaao () Obito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Fratura do pêso do não esquerdo.

CD. Ortopedia



Dr. Prisciliano Soares de França
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 025481/CE



NOME DO PACIENTE <i>Leonardo Pereira de Silva</i>		N° DO PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO <i>20/03/12</i>	ENF.	LEITO	
OPERADOR <i>Valdeir Silva</i>		1° AUXILIAR	
2° AUXILIAR	3° AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura descolada de rádio e</i>			
TIPO DE OPERAÇÃO <i>Redução</i>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

Excelsior Seguros

29 JAN. 2013

22 JAN. 2012

SEGURO PRIVAT

Via de acesso - tática e Tec. Ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto viscerais.

Exame com repetição de 100% de acerto.
Resposta e interpretação.
Dicas de programação em 1956. Desejo
por ploma
Percepção, redação e parâmetros da prática
com o ploma de 1956.
Sustentação por ploma
Cura 100%

Dr. Antônio Augusto Soares
Osteopata e Fisioterapeuta
Clínica de Saúde
R. 1000 1000 1000

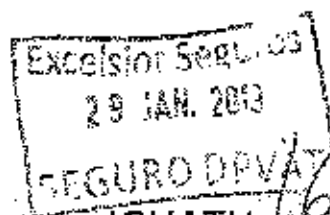
RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Carla Maria Pereira Silva

At. A. M. T. S. S.

de parto prévio



EXCEÇÃO
SEGURADO
29 JAN. 2013

IGUATU, 16 DE 20

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora s/n
Fátima - Esplanada

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Leandro Pereira de Souza
Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

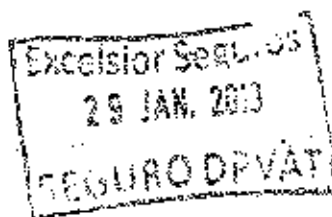
() Ser dispensado no dia de hoje.

(X) Permanecer afastado do trabalho (03) dias
dias a partir de hoje.

Observações: Falta de documentação

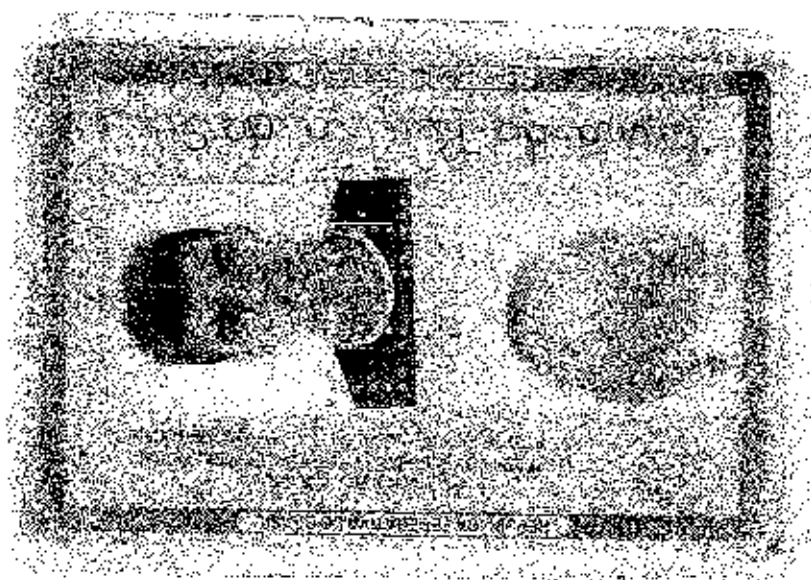
CID: _____

IGUATU 22 de 9 20 13.

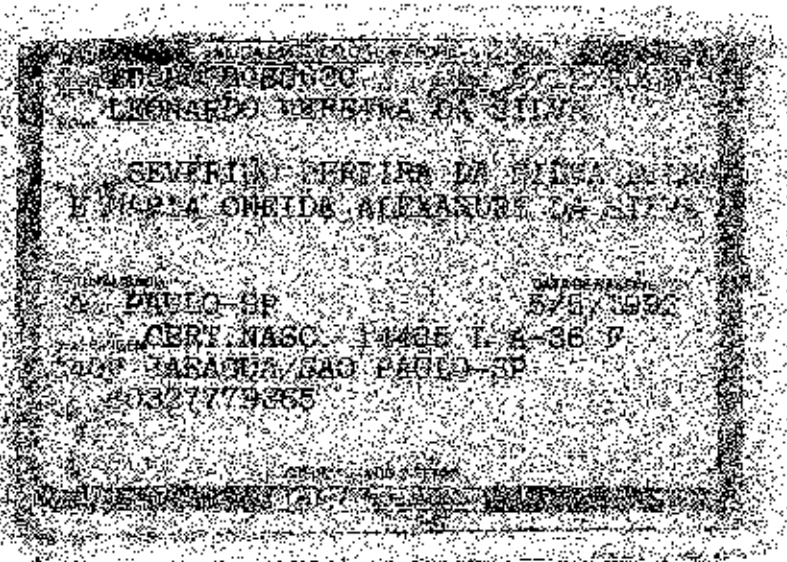


ASSINATURA E CRM

▶ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250



Excelsior Seguros
29 JAN. 2012
SEGURO DPVAT



Excedente Seguros
29 JAN. 2013
REGUO DPVAT

SERVICO AUTONOMO DE AGUA E ESGOTO DE IGUAçu
Rua: Engenheiro Manoel Gomes Lima, 60 - 2º andar - Iguaçu
CEP: 13802-100 - CNPJ: 06.936.136/0001-33
Fone: (18) 3366-7750/7751 (atendimento)
Site: www.igagua.gov.br

INSCRIÇÃO: 00280723 PAR: RES MES: 01 ANO: 10 FMS: 000 RESNAT: 07/2018
MUNICÍPIO: IGUAçu LOCALIZAÇÃO: 00.00.12.0000012036 FATURA: 180200811
IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR:
MÁRIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA
RUA JOÃO GUEDES PEREIRA FILHO 74, AREÍAS II
CEP: 63.500-000 IGUAçu-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		28,00
18	MULTA POR ATRASO - 05/2018		0,50
17	ENCARGOS (05/2018) 17 DIAS		0,12
42	CONTRIBUIÇÃO A P A E		1,00

HYDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR: 1302	14/07/18
ATUAL: 1302	15/07/18
CONSUMO: 00	DIAS: 32
LEITURISTA: 02	QCD: 00

MÉDIA: 0 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DESTILADA

RESERVATÓRIO: SI-STA CUCUÁ	PERÍODO: 01/01/18 a 31/01/18		
PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
ODP	ATE 150	01	12,00
OD	ATE 0	01	0,00
CLORO	ATE 0,5	01	0,00
F. REDEZ	ATE 0,1	01	0,00
FLUOR	ATE 1,5	01	0,00

DÉBITO(S):
EXISTE(M) 001 FATURAS, TOTALIZANDO EM R\$ 28,00
VENCIMENTO: 27/07/2018 VALOR R\$: 29,78

CONCLUSÃO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DA SAUDE		SECRETARIA DE SAUDE		SECRETARIA DE ATENCAO A SAUDE		SECRETARIA DE VIGILANCIA SANITARIA	
UNIDADE DE ATENDIMENTO		NOME DO PACIENTE		NOME DO MEDICO		NOME DO ENFERMEIRO		NOME DO FARMACEUTICO	
01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
31	32	33	34	35	36	37	38	39	40
41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
61	62	63	64	65	66	67	68	69	70
71	72	73	74	75	76	77	78	79	80
81	82	83	84	85	86	87	88	89	90
91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

Excelstar Reg. 103
29 JAN. 2013
REGUO DPVAT

CONTIN		BATERIA	
<p>REPUBLICA DE COLOMBIA</p> <p>MINISTERIO DE DEFENSA</p> <p>0100796355535</p>		<p>0100796355535</p> <p>0100796355535</p>	

Excelisior Seguros

29 JAN. 2012

SEGURO DPVAT

[illegible]

EXCERPT SERIALIZED
29 JAN. 2013
REG. PRIVATE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190076439 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190076439 **Cidade:** Iguatu **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA **Data do acidente:** 15/09/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032803/19

Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 603.277.793-65

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 15/09/2018

Titular do CPF: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LEONARDO PEREIRA DA SILVA : 603.277.793-65

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/01/2019
Nome: LEONARDO PEREIRA DA SILVA
CPF: 603.277.793-65

LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019
Nome: FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO
CPF: 392.335.963-20

FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0032803/19

Número do Sinistro: 3190076439

Vítima: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

CPF: 603.277.793-65

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

Data do acidente: 15/09/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: LEONARDO PEREIRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

LEONARDO PEREIRA DA SILVA : 603.277.793-65

Autorização de pagamento

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.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/02/2019
Nome: LEONARDO PEREIRA DA SILVA
CPF: 603.277.793-65

LEONARDO PEREIRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/02/2019
Nome: FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO
CPF: 392.335.963-20

FRANCISCO COELHO DO NASCIMENTO