

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: IVONE SZCZERBACKI VALICE

CRM: 5234194-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular com limitação da flexão e da extensão do punho direito e diminuição da força do punho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (11/2018).

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373821/18

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 666.640.554-49

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSE ROBERTO DOS SANTOS : 666.640.554-49

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: 11/10/2018
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 666.640.554-49

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 11/10/2018
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: DEVIDO AO CURTO ESPAÇO DE TEMPO DECORRIDO DO ACIDENTE RECLAMADO E A LESÃO AINDA ESTAR EM PROCESSO DE CONSOLIDAÇÃO, NÃO É POSSÍVEL NO MOMENTO, EVIDENCIAR A INVALIDEZ PERMANENTE. FAZ-SE NECESSÁRIO APRESENTAR, TÃO LOGO O TRATAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL SEJA FINALIZADO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO DO TRATAMENTO REALIZADO INTERNADO OU EM CURSO E/OU A NÍVEL AMBULATORIAL;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR A NÍVEL AMBULATORIAL, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ANEXAR: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180480418

Vitima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Data do Acidente: 14/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180480418**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13482915



Rio de Janeiro, 20 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180480418
Vitima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Data do Acidente: 14/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180480418**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Sinistro: 3180480418
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
Data do Acidente: 14/08/2018
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180480418** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13676508



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário com 16 ou 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima 666.640.554-49	Nome completo da vítima JOSE ROBERTO DOS SANTOS
---------------------------	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSE ROBERTO DOS SANTOS		CPF titular da conta 666.640.554-49	Profissão MOTO BOY
Endereço RUA		Número	Complemento CASA
Bairro	Cidade JABOATÃO	Estado PE	CEP
Email	Telefone (DDD) 81 99634-5863		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

- ☒ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 1232 (Informar dígito se existir)	D/V 7	CONTA NRO. 0059460 (Informar dígito se existir)	D/V 2
--	-----------------	---	-----------------

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome		NRO.	
AGÊNCIA NRO.		D/V	CONTA NRO.
(Informar dígito se existir)		D/V	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JABOATÃO, 10 de OUTUBRO de 2018
Local e Data

Jose Roberto dos Santos
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

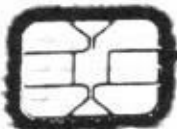
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Bradesco

Crédito - Débito
Crediário

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL



5067 3109 6581 4207

5067

07/19

1232 7 0059460

1 02

00

VÁLIDO ATÉ

AGÊNCIA

DIG

CONTA

DIG

VIA

TIPO

JOSE ROBERTO DOS SANTOS





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC
DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0109005316**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/08/2018** às **11:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **14/8/2018** às **15:30**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE IPOJUCA, 1 - Bairro: CENTRO - IPOJUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PROXIMO AO HOSPITAL DE IPOJUCA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ANIMAL (CACHORRO) (AUTOR \ AGENTE)
JOSE ROBERTO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

JOSE ROBERTO DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: GELSICLIADA SILVA SANTOS Pai: JOSE EUGENIO DOS SANTOS Data de Nascimento: 10/10/1973 Naturalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3834844/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Profissão: MOTOBOY Telefones Celulares: - 81986184777

Endereço Residencial: **BAIRRO DE MURIBECA DOS GUARARAPES (BAIRRO), 35, 1ª TRAV FLOR DO MILHO CASA "A" - CEP: 55000-000 - Bairro: MURIBECA DOS GUARARAPES - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ANIMAL (CACHORRO) (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mãe: INESISTENTE Pai: INESISTENTE Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA DE MARCA HONDA MOD TITAN 150CC DE PLACA PEI 4832 DE COR AZUL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSE ROBERTO DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PEI4832** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMOU QUE: TRABALHA COMO MOTOTAXI A FREQUENTEMENTE FAZ UMA VIAGEM COM UM CLIENTE PARA A CIDADE DE IPOJUCA, NO REFERIDO DIA QUANDO A VITIMA JÁ ESTAVA VOLTANDO POR VOLTA DAS 17:30H, EM UMA VIA PROXIMO O HOSPITAL DE IPOJUCA, DE FORMA REPENTINA UM ANIMAL (CACHORRO) PASSOU EM SUA FRENTE VINDO A VITIMA JUNTAMENTE COM SEU CLIENTE DE NOME ALDO, QUE ESTAVA NA GARUPA A BATER NO ANIMAL SE DESEQUILIBRANCO A CAINDO SOFRENDO A VITIMA ESCORIAÇÕES PELO CORPO E FRATURA NO BRAÇO DIREITO, E SEU CLEINTE SO ESCORIAÇÕES A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR QUE ESTAVA PASSANDO PELO LOCAL ATE A UNIDADE HOSPITALAR MAIS PROXIMA DE FOI PARA A UPA DE IPOJUCA EM SEGUIDA TRANFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS AGUARADANDO VAGA PARA CIRURGIA QUE SO FOI RALIZADA NA SANTA CASA DE MISERICORDIA, SEM MAIS.

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

**JOSE ROBERTO DOS SANTOS
(VITIMA)**

B.O. registrado por: **WILSON CÍCERO DE SOUZA - MAT. 273675-6** - Matrícula: **273675-6**



Imprimir

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

CPF da Vítima

666.640.554-49

Data do Acidente

14/08/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

SABOATÃO 10 de OUTUBRO de 2018

Local e Data

Jose Roberto dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01232-7

CONTA: 000000059460-1

Nr. Autenticação

BRADESCO191220180500000000002370123200000005946084375 PAGO



CTC RECIFE PE PL3

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

R MARIA HELENA 160

CAJUEIRO SECO

54330-610 JABOATAO DOS GU - PE



7209036539796210000000029830280518

HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS

EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 796371 Prontuário: 506948

Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA

Religiao:

Data Nasc.: 10/10/1973 Idade: 44

CNS:

RG:

Endereço: RUA FLOR DO MILHO

Cidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES

Estado: PE

CEP: 54325670

Fone: 558186184777

Profissão:

Celular:

Nome da Mãe: GELSILIA DA SILVA SANTOS

Nome do Conjugue:

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 15/08/2018 02:15

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Paciente com dor no punho direito, Agn

avermelhado e inchaço no punho direito.

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Exame físico: punho direito inchado e avermelhado.

Diag. Provisorio:

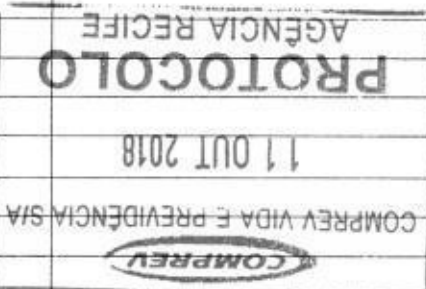
Fratura do punho direito

Dr. Thiago Lima
Ortopedista / Traumatologista
TEOT 1344 / CRM: 17991

Prescrição:

Dieta:

Horário





COMPREV
COMPREV VIDA F PREVIDENCIA S/A
11 OUT 2018
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

15/08/2018 02:21

Nome Paciente: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
 Cód. Paciente: 506948
 Data de Nascimento: 10/10/1973
 Sexo: Masculino
 Idade: 44
 Senha: FN0004
 Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
 Atendimento: 796371



15/08/2018 02:21 - PRISCILAF - COREN: 318381 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - classificação

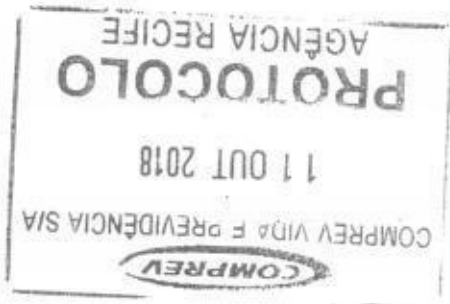
Prioridade:

VERDE - POUCO URGENTE

VERDE

Cor:

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDO DO HOSPITAL DE NOSSA SENHORA DO Ô COM HISTÓRICO DE QUEDA DE MOTO, NO FINAL DA TARDE DE HOJE, SEGUNDO ENCAMINHAMENTO, HOVE FRATURA EM CABEÇA DE RADIO/ULNA, FOI MEDICADO NO HOSPITAL DE ORIGEM.
 Observação: NEGA HAS E DM, NEGA ALERGIA, PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
 Fluxograma sintoma: - EVENTO RECENTE?
 Discriminador(es): Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 Alergia(s):
 Sinais Vitais Lidos:



Acolhido(a) por: PRISCILAF

Data: 15/08/2018 02:21

Kinship: degree of relatedness

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DE FISIOTERAPÊUTICA

Paciente: José Roberto Dos Santos

Vítima de acidente de trânsito no dia 20 de Agosto de 2018, apresentando diagnóstico de fratura da extremidade distal do rádio. Apresenta os seguintes sinais: Sensibilidade local, dor a palpação e ao movimentar, déficit de ADM e de força, edema, rigidez articular.

Restrição de movimentos: Flexão, extensão e rotação.

Com ênfase principal em: cinesioterapia + eletroterapia.

Espera do tratamento: eliminação do quadro algico e ganho de ADM.

Conduta adotada: cinesioterapia + eletroterapia.

(20) sessões de fisioterapia

Raiza Medeiros

Fisioterapeuta

CREFITO 234946-F

Recife, 13 de Setembro 2018



Relatório Médico de Alta

Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Reg.: 598006

Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 10/10/1973

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Idade: 44

Admissão: 20/08/2018 10:21

Alta: 23/08/2018 09:18

Admissão:

FRATURA EM PUNHO DIREITO POR TRAUMA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Internação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	20/08/2018 10:21	23/08/2018 09:18	3 dia(s)

Orientação:

- 1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA COM 08 DIAS, AS 07:00H (MARCAR ANTES);
- 2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRÚRGICA;
- 3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;
- 4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA, PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA;
- 5) REALIZAR RAIOS-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO.

Condição de Alta:

Meiorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO

CRM: 17884

Leonardo Pinheiro
Cirurgião da Mão
Ortopedia
CRM 17.884 - SEOT 13.576



PRESCRIÇÃO FISIOTERAPIA

NOME: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
DATA: 29/08/2018

Prescrevo:

Fisioterapia: 20 sessões.

CID: S525 + M256

Obs:

DR. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO
CRM: 17884

Leonardo Pinheiro
Cirurgião da Mão
CRM 17.884 / SBO113.576

MARCAR EM
POSTO DE
SAÚDE



Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Reg.: 598006

Sexo: Masculino

Conv.: RETAGUARDA GETULIO

Dr. Nasc.: 10/10/1973

Pront.: 1142971

Idade: 44

Admissão: 20/08/2018 10:21

Alta: 23/08/2018 09:18

Admissão: FRATURA EM PUNHO DIREITO POR TRAUMA

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico:

Principal S52.5 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Interação:

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUIZ	20/08/2018 10:21	23/08/2018 09:18	3 dia(s)

Orientação:

- 1) RETORNO PARA REVISÃO QUARTA-FEIRA COM 08 DIAS, AS 07:00H (MARCAR ANTES);
- 2) NÃO NECESSITA TROCA DE CURATIVO, APENAS NA REVISÃO CIRÚRGICA;
- 3) MOVIMENTAR LIVREMENTE OS DEMAIS DEDOS;
- 4) QUALQUER PROBLEMA COM A CIRURGIA, PROCURAR ATENDIMENTO EM UPA;
- 5) REALIZAR RAIOS-X NO DIA DA ALTA OU ATÉ 3 DIAS ANTES DA CONSULTA DE REVISÃO.

Condição de Alta: Melhorado Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: DR. LEONARDO PINHEIRO CARVALHO CRM: 17884

Leonardo Pinheiro
Cirurgião de Mão
Traumatismo - Ortopedia
CRM 17.884 - SEOT 13.576



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 15/08/2018	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 15/08/2018
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Sr. Roberto do Santo	
LESIONES RESULTANTES DO ACIDENTE Fratura de rádio	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS) - tratamento cirúrgico (osteossíntese c/ placa + parafusos)	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO CASO POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

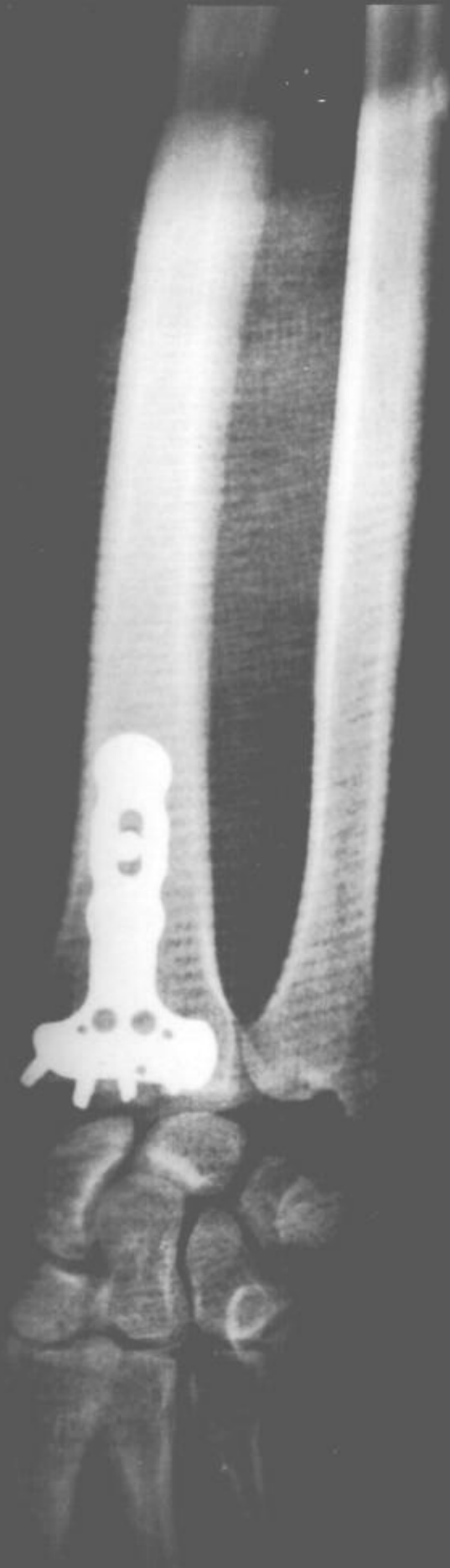
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

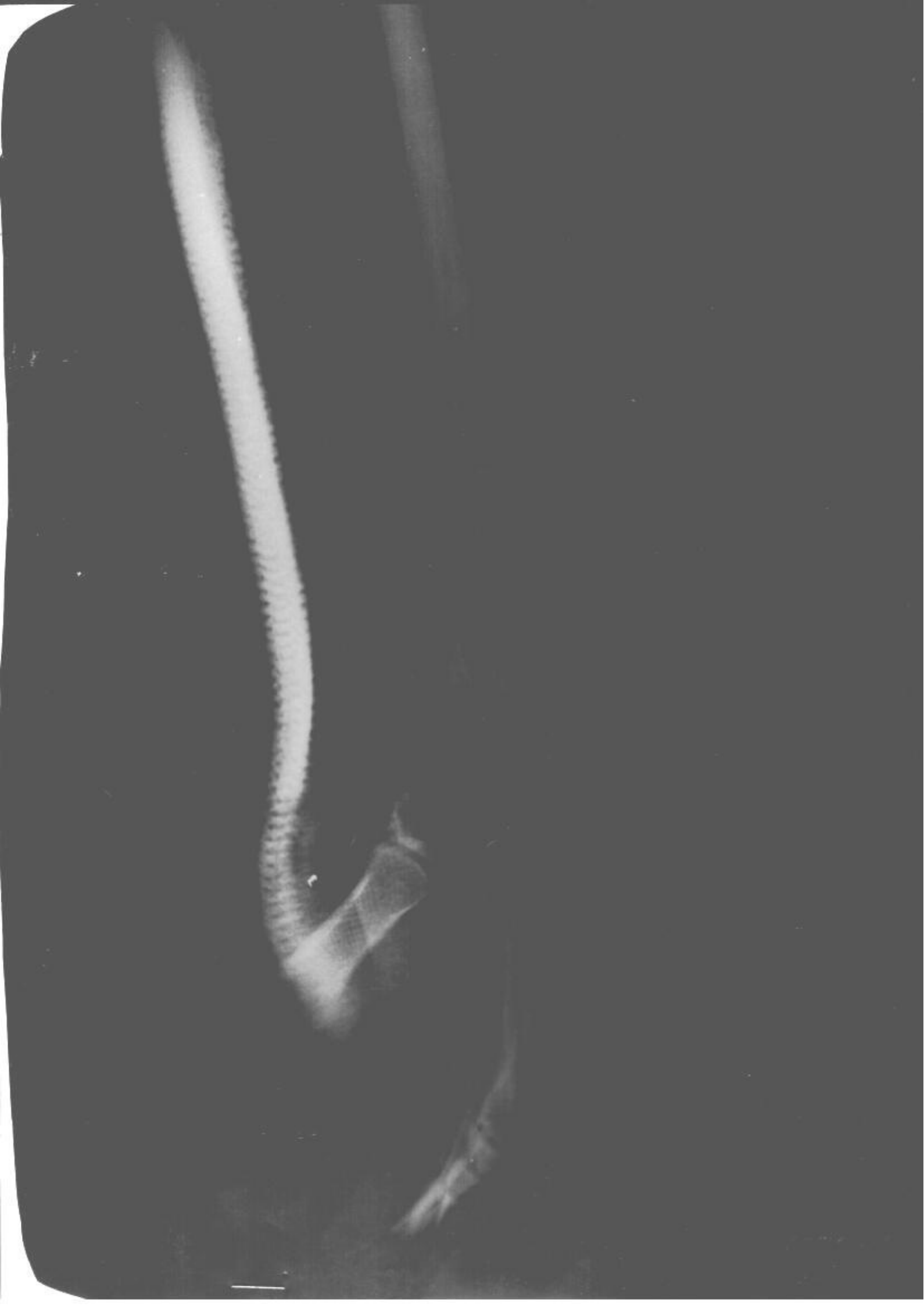
SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º	do local + deficit de força e de mobilidade - 100%
2º	-
3º	-
4º	-
5º	-

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 15/08/18 A 23/08/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Dr. Jorge Araújo Pontes
Clínica Geral
Mat. 2325381 - CRM: 6.200





REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PE

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
3834844 SDB PE

CPF 666.640.554-49 DATA NASCIMENTO 10/10/1973

FILIAÇÃO
JOSE EUGENIO DOS SANTO
S
GELSILIA DA SILVA SANT
OS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO 04804808951 VALIDADE 24/07/2019 1ª HABILITAÇÃO 10/11/2009

OBSERVAÇÕES
EAR
CMTR
CMTR

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL JABOATÃO DOS GUARARAPES, PE DATA EMISSÃO 26/07/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

05627736489
PE080574017

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1482787837

PROIBIDO PLASTIFICAR
1482787837

INVA 4 DAM 5

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013726662390
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
MTX-TP N.º 445
1 454405847 ***** 2018

NOME
JOSE ROBERTO DOS SANTOS

JAB GUARARAPES-PE 0

CPF / CNPJ
666.640.554-49

PLACA
PEI4832

PLACA ANT. (UF)
***** / PE

CHASSI
9C2KC1660CR527313

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLETA / MOTO-TAX ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 150 TITAN EX 2012 2012

CAP / POT / OIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
22/149CL ALUGUEL AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
IPVA 2018 QUITADO 1* *****
FAIXA (RVA) PARCELAMENTO / COTAS 2* *****
A 1 ***** 3* *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVAPOSSUIDOR: - JOSE ROBERTO DOS SANTOS

JAB GUARARAPES

DATA
04/01/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor-Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO. SEGURO DPVAT

PE Nº 013726662390 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

JAB GUARARAPES-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2018 04/01/18

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 666.640.554-49 PEI4832

RENAVAM MARCA / MODELO
454405847 HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB. OUT. DATE Nº CHASSI
2012 09 9C2KC1660CR527313

PRÊMIO TARIFÁRIO

TNS (R\$) DENATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)
SEGURO PAGO

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.242.608/0001-34

DESTAQUE S. GUARARAPES O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE POSTO OBRIGATORIO.

DETRAN

CONTRAN

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180480418

Nome do(a) Examinado(a): JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria Helena, 160 - Jaboatão dos
Guararapes/PE - CEP 54330-610

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 3834944 - sds-pe - 26/07/2017

Data e Local do Acidente : 14/08/2018 - Ipojuca, PE

Data e Local do Exame : 13/12/2018 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

fratura de radio distal direito

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

Tratado cirurgicamente com placa e parafusos, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

vítima com cicatriz cirúrgica, bloqueio articular do punho direito, com flexão a 50
graus, extensão a 40 graus, déficit de força leve. Sem prejuízo no movimento
de preensão

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** ☒ Sim ☐ Não

**V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a
qualquer medida terapêutica)?** ☒ Sim ☐ Não

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

limitação de grau leve do punho direito, com bloqueio articular

**VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento 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)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

punho direito

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO RÁDIO DISTAL DIREITO.

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

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180480418 **Cidade:** Ipojuca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS **Data do acidente:** 14/08/2018 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura distal do radio direito.

Descrição do exame médico pericial: Vítima com bloqueio articular com limitação da flexão e da extensão do punho direito e diminuição da força do punho direito.

Resultados terapêuticos: Tratamento cirúrgico com placa e parafusos.
Realizou fisioterapia.
Alta médica (11/2018).

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% do punho direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após termino do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade do punho direito.

Médico examinador: LEONARDO DE FARIA NEVES

CRM do médico: 17742

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 completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0373821/18

Número do Sinistro: 3180480418

Vítima: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

CPF: 666.640.554-49

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

Data do acidente: 14/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE ROBERTO DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 29/11/2018
Nome: JOSE ROBERTO DOS SANTOS
CPF: 666.640.554-49

JOSE ROBERTO DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/11/2018
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA