

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniocéfálico (fratura da mandíbula à esquerda).

Descrição do exame Vítima com bloqueio articular da articulação temporo mandibular esquerda (limitação da abertura bucal) e diminuição médica pericial: da força de mastigação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização local.

Não realizou fisioterapia.

Alta médica.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% da articulação temporo mandibular (crânio facial).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade da articulação temporo mandibular (craniofacial).

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

3180551602

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 entre 16 e 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

907.707.304-34

Nome completo da vítima

Gicelio Justo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Gicelio Justo da Silva	CPF titular da conta	907.707.304-34	Profissão	RECUSO	
Endereço	Rua NOVENTA e SETE	Número	55	Complemento		
Bairro	Caietés I	Cidade	Abreu & Lima	Estado	PE	
Email					CEP	53.350-710
				Telefone (DDD)		
				(81) 9.8790-9451		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência, que o beneficiário informado, **Gicelio Justo da Silva**, residente na Rua NOVENTA e SETE, Bairro Caietés I, Cidade de Abreu & Lima, Estado de PE, CEP 53.350-710, declaro que reside no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

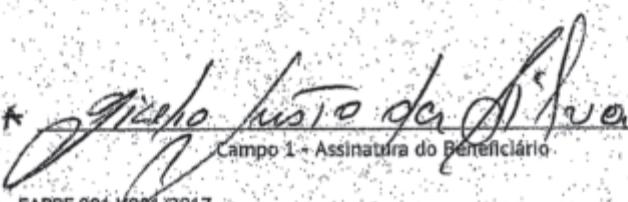
FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<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"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale um ou mais)		
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341)		
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		
AGÊNCIA NRO.: <input type="text"/>	CONTA NRO.: <input type="text"/>	BANCO NOME: <input type="text"/>
D/V: <input type="text"/>	D/V: <input type="text"/>	D/V: <input type="text"/>
(Informar dígito se existir)		
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)		
AGÊNCIA NRO.: <input type="text"/>	CONTA NRO.: <input type="text"/>	NRO.: <input type="text"/>
D/V: <input type="text"/>	D/V: <input type="text"/>	D/V: <input type="text"/>
(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.

Recife, 29 de junho de 2018.

Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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: 3180551602

Nome do(a) Examinado(a): GICELIO JUSTO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA NOVENTA E SETE, 55 - ABREU E LIMA/PE - CEP 53530-710

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 4676850 - sds-pe - 22/06/2016

Data e Local do Acidente : 17/12/2017 - ABREU E LIMA/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.

TCE grave, traume de face com fratura de parassinfise mandibular esquerda.

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

Tratado conservadoramente com imobilização local, evoluindo sem complicações.

Não fez fisioterapia.

Alta há cerca de 7 meses

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

vítima com bloqueio articular de ATM esquerda com limitação na abertura de cavidade oral, deficit na força de mastigação. Consciente e orientado ao exame, sem deficit cognitivo.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

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

limitação de grau leve de estrutura crânio facial, com bloqueio articular de ATM esquerda

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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

estrutura crânio facial

% 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

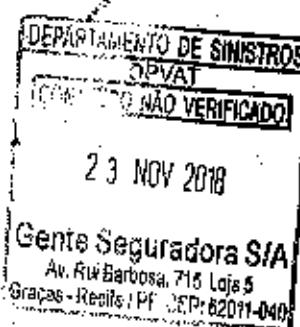
CARTA À SEGURODADE LIDER

Na qualidade de procurador da VÍTIMA GICELIO JUSTO DA SILVA, sinistro: 3180/329.3 data do acidente 17/12/2017.

Venho solicitar a esta seguradora, um pericia médica para que possa ser constatada as sequelas resultantes do acidente de trânsito sofrido por essa vítima. Entendendo que a política dessa seguradora é baseada na justiça e transparência. A vítima continua com sequelas irreparáveis conforme documentos médicos enviados e ressonâncias que já seguiram (exames de imagens), ficamos no aguardo da sua reanálise desse processo, culminando uma perícia médica presencial.

Desde já agradecemos sua atenção!

* Zélio Ribeiro



Recife, 22 de novembro 2018.

458132

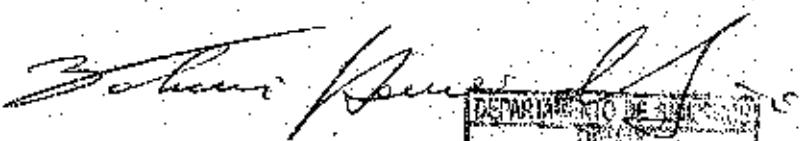
A Seguradora Lider

0261125/18

Na qualidade de procurador da vítima Gicelio Fusto, com sinistro Nº 3180/280.235, venho solicitar a esta seguradora a reavaliação desse processo. Tendo em vista que a vítima apresentou todos documentos médicos cabíveis, inclusive laudos que atestam a lesão grave que o mesmo teve resultante do acidente, solicito uma avaliação médica, sendo a vítima considerada uma perda médica para constatar a veracidade das informações, como também as sequelas que ainda permanecem.

Desde já agradeço vossa atenção!

Procurador:



17/07/2018

DEPARTAMENTO DE ATENDIMENTO AO SEGURO
CONSELHO DE SEGUROS
18.07.2018
Gente Seguradora S/A Av. Paulista, 116 - Lapa Graça - São Paulo - SP - CEP: 0131-0000

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (FRATURA DE PARASSÍNFISE DE MANDÍBULA À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (BARRA DE ERICH EM MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 5 SINISTRO ANTERIOR (3180329327) COM MESMA DATA DE ACIDENTE: SEM SEQUELA PELA AMD (22/08/2018). 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
		Total	10 %	R\$ 1.350,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARTHA MARIA RAUSCH DE QUEIROGA

CRM: 5245228-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (FRATURA DE PARASSÍNFISE DE MANDÍBULA À ESQUERDA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (BARRA DE ERICH EM MANDÍBULA) E PARA OS DEMAIS TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ 5 SINISTRO ANTERIOR (3180329327) COM MESMA DATA DE ACIDENTE: SEM SEQUELA PELA AMD (22/08/2018). 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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau residual - 10 %	10%	R\$ 1.350,00
Total			10 %	R\$ 1.350,00

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180551602 **Cidade:** Abreu e Lima **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Traumatismo craniocéfálico (fratura da mandíbula à esquerda).

Descrição do exame Vítima com bloqueio articular da articulação temporo mandibular esquerda (limitação da abertura bucal) e diminuição médica pericial: da força de mastigação.

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador, imobilização local.

Não realizou fisioterapia.

Alta médica.

Sequelas permanentes: Incapacidade funcional de 25% da articulação temporo mandibular (crânio facial).

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 13/12/2018

Conduta mantida:

Observações: Vítima após término do tratamento, apresenta quadro de restrição sequelar da mobilidade da articulação temporo mandibular (craniofacial).

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
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARCO ANTONIO TARTARELLA

CRM do médico: 41033

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **GICELIO JUSTO DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180551602**
Vítima: **GICELIO JUSTO DA SILVA**
Data do Acidente: **17/12/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **VALMIR HONORIO DA SILVA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180551602**.

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



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

Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180551602

Vítima: GICELIO JUSTO DA SILVA

Data do Acidente: 17/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VALMIR HONORIO DA SILVA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), GICELIO JUSTO DA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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 entre 16 e 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

907.707.304-34

Nome completo da vítima

Gicelio Justo da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Gicelio Justo da Silva

CPF titular da conta

907.707.304-34

Profissão

RECLUSO

Endereço

Rua NOVENTA E SETE

Número

55

Complemento

Bairro

CAETES I

Cidade

ABREU E LIMA

Estado

PE

CEP

53.530-710

Email

Telefone (DDD)

(81) 9.8790-9451

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECLUSO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

BANCO

Nome

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

Mo

104

AGÊNCIA

Nº

I/W

CONTA

Nº

I/W

Informar dígito se existir

6

Informar dígito se existir

18522

Informar dígito se existir

1

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para esse fato, autorizo a Seguradora Lider 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.

CONTEUDO FATO VERIFICADO

19 JUN 2018

Gen/é Seguradora S/A

Av. Rio BráBosa, 715 Loja 5
Olinda - Recife / PE CEP: 52011-040

RECIFE 15 de Junho de 2018

Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



451235
0217969118

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ª CIRC DIM/8º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. **18E0118006052**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/06/2018** às **17:02**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **17/12/2017** às **21:00**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE CAETES I (BAIRRO), 01, AV. D - Bairro CAETES I, BAIRRO ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEÍCULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS (AUTOR / AGENTE)
JAMERSON MONTEIRO DA SILVA (OUTRO)
GICELIO JUSTO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **GICELIO JUSTO DA SILVA**

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

GICELIO JUSTO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **GENESIO JUSTO DA SILVA** Data de Nascimento: **20/1/1975** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA NOVENTA E SETE, 55 - CEP: 55000-000 - Bairro: CAETES I - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DE VEÍCULO DE PLACAS NÃO IDENTIFICADAS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

JAMERSON MONTEIRO DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA DE PLACA OYY-2350- RECIFE (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JAMERSON MONTEIRO DA SILVA , que estava em posse do(a) Sr(a): GICELIO JUSTO DA SILVA	DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR Objeto apreendido: Não	LEVAT
Cor: BRANCA Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)	CONTENDO NÃO VERIFICADO

Placa: **OYY2350** (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: **2014/2014**

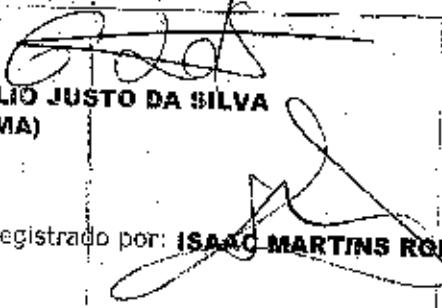
19 JUN 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 715 Log 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-0406

Complemento / Observação

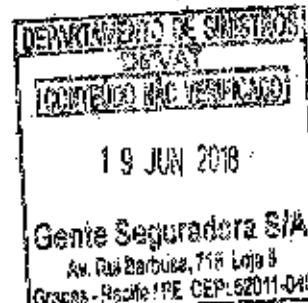
O SR. GICELIO JUSTO DA SILVA , NOTICIOU NESTA 28º CPOL, QUE ESTAVA CONDUZINDO A REFERIDA MOTOCICLETA PELA AV. D, CAETES I , ABREU E LIMA/PE , QUE AO DESCER A LADEIRA FOI SURPREENDIDO POR UM VEÍCULO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA , QUE AO TENTAR LIVRAR O VEÍCULO CAIU DA MOTO E SOFREU LESÕES NO CORPO , FRATURA/ TRAUMA NA FACE , TCE . A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS (CERT. 2017APH000721 DIV. OP.) PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO (ATEND. N° 908434/2017), REGISTROU-SE PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO.

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


GICELIO JUSTO DA SILVA
(VITIMA)



B.O. registrado por: ISAAC MARTINS RODRIGUES FILHO - Matrícula: 2733013



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

GICELIO JUSTO da Silva

CPF da Vítima

907.707.304-34

Data do Acidente

17/12/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(81) 9-8790-9451

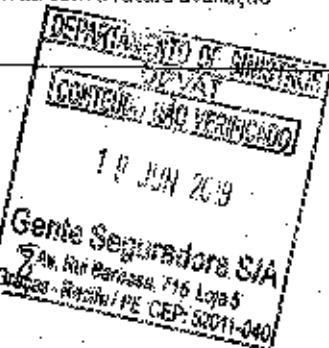
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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.



Recife, 15 de Junho

Local e Data

de 20

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIRO MILITAR DE PERNAMBUCO

C E R T I D Ã O

Certidão nº 2017APH0000721 Div. Op.

Com fulcro no art.5 XXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, vendo por meio de solicitação feita pelo(a) Sr("). GICELIO JUSTO DA SILVA, 43 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO (a), RG nº 4676850 SDS-PE, inscrito(a) na Receita Federal Sob o CPF nº 907.707.304-34 ,residente à RUA 96 nº 55 CAETES,ABREU E LIMA -PE, certificar que este agrupamento do Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu uma ocorrência no dia 17/12/2017, por volta das 21:00 hs no endereço: AVENIDA D S/N - CAETES I ABREU E LIMA -PE, referente a um (a) QUEDA DE MOTO , envolvendo(a) qual fora vitimado (a) GICELIO JUSTO DA SILVA , inscrito sob o CPF nº 907.707.304-34 e Registro Geral Nº 4676850 SDS-PE ,atendido (a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, Comandada pelo(a) CB 707174-4 FELIX. Foi transportado (a) para HOSPITAL DA RESTAURÇÃO . Registado (a)com o prontuário nº(908343). Ficou aos cuidados do médico NÃO INFORMADO ,registro NÃO INFORMADO. os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações /GBAPH.

Posição em 24/01/2018

Avenida João de Barros,399- Boa Vista /PE-53050-190
Fone:(81)3102-9026/CNPJ:00.858.377/0001-44

DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DPVAT
CORPO DE BOMBEIROS
19 JUN 2019
Gente Seguradora S/A
Av.Rui Barbosa, 715 Loja 5
Olinda - PE CEP: 52011-040

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: 08/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GICELIO JUSTO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03250-6

CONTA: 000000018522-1

Nr. da Autenticação 5CE1D78663F8FE59

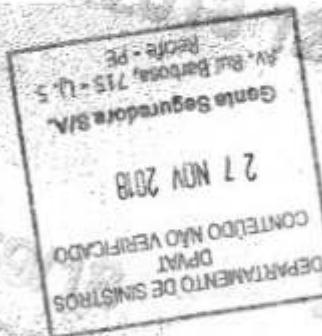


DATA DE POSTAGEM: 17/04/2011

GICELIO JUSTO SILVA
NOVENTA E SETE-55
CAETES I
55530-710 ABREU E LIMA PE



DEPARTAMENTO DE SISTEMAS
DPIVAT



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu VALMIR HONORIO dn: Silva, inscrito (a) no CPF/CNPJ 621.226.354 / 00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gicelio Justo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.707.304 / 34, do sinistro de DPVAT cobertura invalidez da Vítima Gicelio Justo da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 907.707.304 / 34, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Ubirajara</u>	Número <u>16</u>	Complemento <u>—</u>
Bairro <u>Tabajaras</u>	Cidade <u>Olinda</u>	Estado <u>PE</u>
Email: <u></u>	Telefone comercial (DDD) <u>(81) 9.8790-9151</u>	Telefone celular (DDD) <u>9 8291-2559</u>

RECEBE 15 de junho de 2018
Local e Data

DECLARAÇÃO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
19 JUN 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Brilhante, 716 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Valmir Honorio da Silva

Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu JAMERSON MONTEIRO da SILVA,
RG nº 42342-84, data de expedição 23/01/17,
Órgão SESP/PE, portador do CPF nº 891.461.314-34, com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R- Bonfinópolis, nº 198,
complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Gracelio Justo da SILVA, cujo o condutor era
Gracelio Justo da Silva.

Veículo: MOTO CICLETA
Modelo: Honda NX12 150 Bros.
Ano: 2014
Placa: OYY - 2350
Chassi: 9E2K00540ER072812
Data do Acidente: 17/12/2017
Local e Data: PAULISTA 14 de junho 2018

Assinatura do Declarante

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





SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 908434/2017.

NOME: GICELIO JUSTO DA SILVA.

Foi atendido às 22h35 do dia 17.12.2017.

Diagnóstico provável: Trauma de face - ferimentos + Fratura de parassoifase mandibular (E) TCE grave - L4D (queda de moto)

Tratamento realizado:

Fisioterapia respiratória
lavagem dos ferimentos de face

TFC de face

Banho de Enxofre + BAN

Exames laboratoriais

Trat. de suporte clínico

Obs.

Alta em 23.12.2017

As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em

19.02.2018

SES - Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico do SAMU
CRM: 7874

Atenção: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.000-000
Fones: 31815451/31815572

RECEBIMENTO DE SINISTROS
OCORRÊNCIA BEM VERIFICADA
19 JUN 2018
Gestão Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 218 Loja 4
Recife - PE CEP: 50011-060

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 008989

Name: Gicelio Justo da Silva

Foi atendido às 22:35 hs. do dia 17/12/17

Diagnóstico Provável: Paciente vítima de acidente motociclistico cursando com quebra de maxila mandibular. Paciente necessita de dieta líquida-pastosa por 30 dias

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
(CONTEÚDO NÃO VERIFICADO)

Tratamento Realizado: Elmotalando Barra de Guia -
BMM dia 22/12/17 19 JUN 2018
- Remoção BMM e barra de Guia Gente Seguradora S/A
08/03/18 AG. BH Recife, 716.000-0000
REC/PE CEP: 52011-040

Observação: Retornar no ambulatório BNF
(On Call) turca-pipa às 07:00 dia
10/04/18, acito ancaixe.

Cópia de: Vila BMF

Dra. Priscilla Sacramento
Residente em Clínica de Traumatologia
Médico - CRM-PE 384/2018

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

31815573

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESOLARECIMENTO

Nº Atendimento: 908989

Nome: Graíus, neto de Silve

Foi atendido às 22:23:55hs do dia 17/12/17

Diagnóstico Proável: Vacuna retardada de aeroporto
- vacunação errada em 1º dia
- vacunação retardada de 30 dias.
- caxado líquido / pastosa durante
tratamento.

Tratamento Realizado: Foligalolol + Bimatoprost
10ml + 0.03% dia 30/11/2019.

Encuentro de anheloturco
de Dr. Carlos 3º piso as 07:00
Avian (puesta marcar)

Observação

Cópia de

 MICROBIOLOGIA MATERIAIS DE SINTRO	DEPARTAMENTO DE SINTROS CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
DATA: 19/11/2013	
<p>Assim, se acomprova-se o deendimento hospitalar em</p> <p>05 Estado - Ministério do Trabalho, Comissão de Co</p> <p>e a recomendação N° 04/2002 do Ministério da Saúde</p> <p>1. Centro de Sintros</p> <p>Av. Rio Branco, 111 - Lapa</p> <p>Graciosa - Rio de Janeiro - RJ - CEP: 220-010-00</p>	

ATENÇÃO: Este documento está em trânsito para aprovação de pagamento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Esposas, Ministério do Trabalho, Constituição do tratamento ambulatorial, seguindo a recomendação N° 04/2002 do Ministério da Saúde do Estado de Pernambuco.

卷之三

GELIO JUSTO DA SILVA SIC
15900
29-Jun-1975 M. 42Y
1-Dec-2011
17 17 98
9IMA 1
Mesa VRT

HPR

Hospital da Restauração
GELIO JUSTO DA SILVA SIC
SOMATOM Scope 51090
CT VC40
29-Jun-1975 M. 42Y
1-Dec-2011
17 17 98
9IMA 2
Mesa VRT

WFL

GELIO JUSTO DA SILVA SIC
15900
29-Jun-1975 M. 42Y
1-Dec-2011
17 17 98
9IMA 2
Mesa VRT

HPR

Hospital da Restauração
GELIO JUSTO DA SILVA SIC
SOMATOM Scope 51090
CT VC40
29-Jun-1975 M. 42Y
1-Dec-2011
17 17 98
9IMA 2
Mesa VRT

Hospital da Restauração
SOMATOM Scope 51090

GELIO JUSTO DA SILVA SIC
15900
29-Jun-1975 M. 42Y
1-Dec-2011
17 17 98
9IMA 5
Mesa VRT

AFR

Hospital da Restauração
GELIO JUSTO DA SILVA SIC
SOMATOM Scope 51090
CT VC40
29-Jun-1975 M. 42Y
1-Dec-2011
17 17 98
9IMA 6
Mesa VRT

PHL

FP

487727

- Atos Médicos

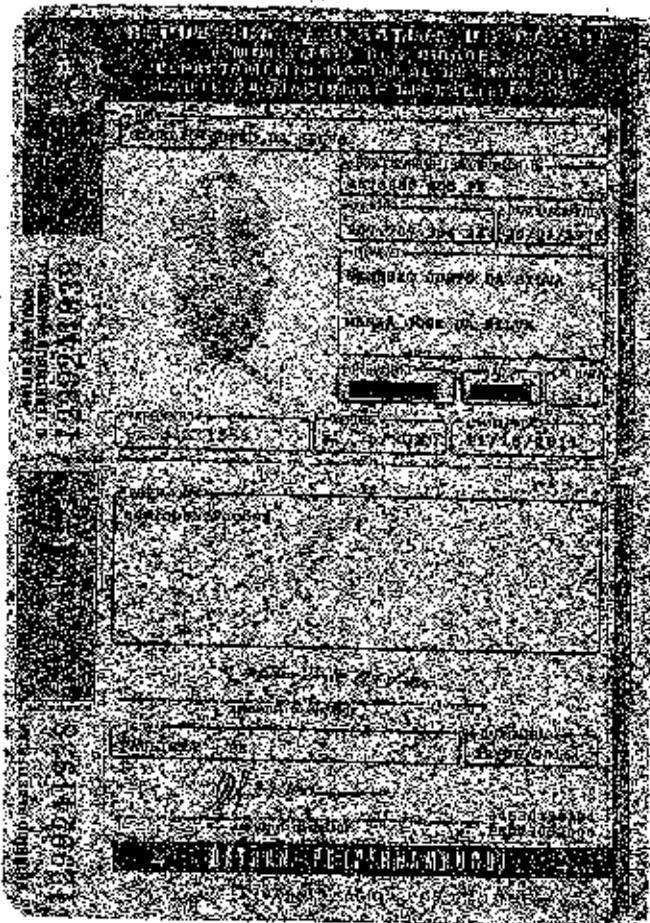
Gicilio Justo da Silveira. Utente
de Acidente Automobilista no dia
17/12/2017. O mesmo compareceu
a esta Unidade Hospitalar com dores
de cabeça, náuseas e tonturas.
Foi observado através de R.M. um
fratura mandibular importante
(código 502.6), e um leve trauma
frontal. O mesmo nega dores de
cabeça constante, c/ dificuldade
na movimentação da boca de 50g.
Segue ci ALTO.

Até T.B. Gicilio
CRM/PE 4801

BIN: 04-04-18

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 NOV 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-040



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 621.226.384-90

Nome: VALIMIR HONORIO DA SILVA

Data de Nascimento: 30/01/1970

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 20/02/1991

Dígito Verificador: 00

Comprovante emitido às 15:14:15 do dia 14/06/2018 (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: 6731.D207.08169.CEA



DOCUMENTO DE SITUAÇÃO
CPF
COMPROVANTE EMISSO

14 JUN 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 716 Lote 6
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Este documento não substitui o Comprovante de Inscrição no CPF.

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

DEPARTAMENTO DE SITUAÇÃO
CPF
COMPROVANTE EMISSO

14 JUN 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 716 Lote 6
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



