

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - 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 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

EDVALDO LEITE DA SILVA

CPF da Vítima

05139815435

Data do Acidente

29/07/2018

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.

Opusonu D Novembro de 2018

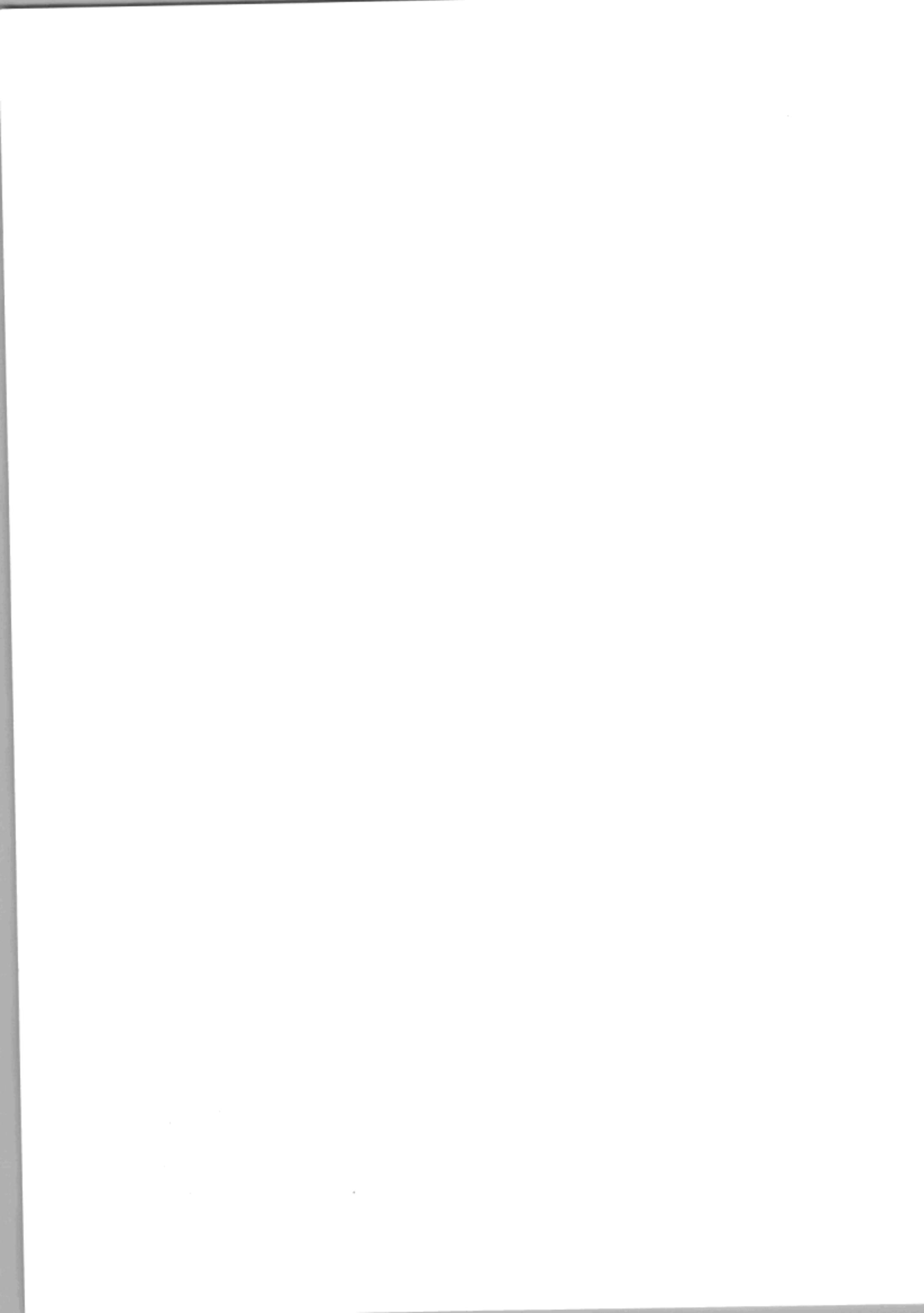
Local e Data

Edvaldo Leite da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

23/08/2018
Luis Filipe G. Corrêa
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mundo de Nassau CEP 55.012-190
Cananéia - SP



Nº de Ocorrência **0047**

| | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|--|--|--|---------|----------|-----------------|-----------------|
| DADOS GERAIS | | 1. Hora do chamado 02:20 | 2. Chegada ao local 02:30 | 3. Saída do local 02:50 | 4. Hora de conclusão : | 5. Saída do hospital : | | | | |
| 6. Motivo/Solicitação | | Queda de moto | | | | | | | | |
| 7. Data | | 29/07/18 | | | | | | | | |
| 8. Tipo de recurso: | | <input type="checkbox"/> 1. USA | <input checked="" type="checkbox"/> 2. USB | <input type="checkbox"/> 3. VIR | <input type="checkbox"/> 4. Helicóptero | <input type="checkbox"/> 5. Moto | | | | |
| 9. Origem do acionamento: | | <input type="checkbox"/> 1. Domicílio | <input checked="" type="checkbox"/> 2. Via Pública | <input type="checkbox"/> 3. Unidade de Saúde | <input type="checkbox"/> 4. SAD | | | | | |
| 10. Médico regulador | | 11. Rádio operador | | | | | | | | |
| 12. Paciente Edvalde Seite da Silva | | 13. Solicitante | | | | | | | | |
| 14. Data de nascimento 10/03/81 | | 15. Idade 37 anos | 16. Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1. Masculino | <input type="checkbox"/> 2. Feminino | | | | | | |
| 17. Logradouro Estreita para São dos Paredes | | 18. Nº 1000 | | | | | | | | |
| 19. Bairro | | 20. Município Jurema | | | | | | | | |
| 21. Zona <input type="checkbox"/> 1. Urbana <input checked="" type="checkbox"/> 2. Rural | | 22. Referência ST José de Anchieta | | | | | | | | |
| 23. Local de ocorrência | | 24. Ocorrência relacionada ao trabalho | 25. Tipo de atendimento | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Via Pública <input type="checkbox"/> 2. Domicílio | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não | <input type="checkbox"/> 1. Clínico <input type="checkbox"/> 5. Psiquiátrico | <input checked="" type="checkbox"/> 2. Causa externa <input type="checkbox"/> 6. Remoção/Senha: | <input type="checkbox"/> 3. Obstétrico | <input type="checkbox"/> 4. Pediátrico | | | | |
| 26. A.C. DE TRANSPORTE TERRRESTRE | | /Unid.Solicitante: | | | | | | | | |
| 27. Tipo de vítima | | 28. Mecanismo do trauma | | | 29. Natureza do acidente | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Pedestre <input checked="" type="checkbox"/> 2. Condutor <input type="checkbox"/> 3. Passageiro <input type="checkbox"/> 4. Pessoa conduzida em local inadequado | | <input type="checkbox"/> 1. Automóvel <input checked="" type="checkbox"/> 2. Moto <input type="checkbox"/> 3. A pé <input type="checkbox"/> 4. Bicicleta <input type="checkbox"/> 5. Outro | | | <input type="checkbox"/> 1. Colisão/Abalroamento <input type="checkbox"/> 4. Atropelamento <input type="checkbox"/> 2. Tombamento ou Capotamento <input type="checkbox"/> 5. Queda em/do veículo <input type="checkbox"/> 3. Choque com objeto fixo <input type="checkbox"/> 6. Outro <input type="checkbox"/> 9. Ignorado | | | | | |
| 30. OUTROS ACIDENTES | | 31. Uso de cinto pela vítima | | | 32. Uso de bebida alcoólica pela vítima | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input checked="" type="checkbox"/> 88. Não se aplica | | | <input checked="" type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica | | | | | |
| 33. Intoxicação Exógena | | 34. Queda | | | 35. Agressão | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Álcool <input type="checkbox"/> 2. Drogas ilícitas <input type="checkbox"/> 4. Animais peçonhosos | | <input type="checkbox"/> 3. Medicamentos <input type="checkbox"/> 5. Outros | | | <input type="checkbox"/> 1. Arma de fogo <input type="checkbox"/> 2. Arma branca <input type="checkbox"/> 3. Agressão física <input type="checkbox"/> 4. Abuso sexual <input type="checkbox"/> 5. Outros | | | | | |
| 36. Queimadura | | 37. Tentativa de suicídio | | | 38. Outros acidentes | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Fogo <input type="checkbox"/> 4. Substância química | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não <input type="checkbox"/> 88. Não se aplica | | | <input type="checkbox"/> 1. Afogamento <input type="checkbox"/> 2. Soterramento <input type="checkbox"/> 3. Não sei <input type="checkbox"/> 4. Outros | | | | | |
| 39. Avaliação Primária | | 40. Respiração | | 41. Circulação/pulso | | 42. Perfusionamento | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Livre <input type="checkbox"/> 2. Obstruída | | <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 4. Apneia <input type="checkbox"/> 2. Traquipneia <input type="checkbox"/> 5. Tórax com deformidades ou lesões <input type="checkbox"/> 3. Bradipneia | | <input type="checkbox"/> 1. Ausente <input type="checkbox"/> 3. Cheio <input checked="" type="checkbox"/> 2. Presente <input type="checkbox"/> 4. Fino | | <input type="checkbox"/> 1. > 2 Segundos <input type="checkbox"/> 2. < 2 Segundos | | | | |
| 43. Neurológico | | 44. Escala de CINCINNATI | | 45. Coloração da pele | | 46. Pupilas | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Sonolência <input type="checkbox"/> 3. Agitação <input type="checkbox"/> 4. Coma <input type="checkbox"/> 5. Convulsão | | <input type="checkbox"/> 1. Déficit motor <input type="checkbox"/> 2. Desvio de comissura labial <input type="checkbox"/> 3. Dificuldade de fala | | <input type="checkbox"/> 1. Normal <input type="checkbox"/> 2. Pálido <input type="checkbox"/> 3. Cianose <input type="checkbox"/> 4. Hiperemia <input type="checkbox"/> 5. Ictérico | | <input type="checkbox"/> 1. Miose <input type="checkbox"/> 5. Isocônicas <input type="checkbox"/> 2. Midriase <input type="checkbox"/> 6. Anisocônicas <input type="checkbox"/> 3. Reagente <input type="checkbox"/> 4. Não reagente | | | | |
| 47. Avaliação Secundária | | 48. Uso medicamento | | 49. Alguma patologia | | 50. Abertura ocular (AO) | | | | |
| <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input checked="" type="checkbox"/> 2. Não | | <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não | | <input type="checkbox"/> 1. Espontânea (4) <input type="checkbox"/> 2. À voz (3) <input type="checkbox"/> 3. À dor (2) <input type="checkbox"/> 4. Nenhuma (1) | | | | |
| Qual? | | Qual? | | Qual? | | 51. Resposta verbal | | | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 1. Orientada (5) <input type="checkbox"/> 2. Confusa (4) <input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas (3) <input type="checkbox"/> 4. Palavras incompletas (2) <input type="checkbox"/> 5. Nenhuma (1) | | | | |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> 1. Obedece a comandos (6) <input type="checkbox"/> 2. Localiza dor (5) <input type="checkbox"/> 3. Movimento de retirada (4) <input type="checkbox"/> 4. Flexão anormal (3) <input type="checkbox"/> 5. Extensão anormal (2) <input type="checkbox"/> 6. Nenhuma (1) | | | | |
| ESCALA DE GLASGOW | | TOTAL | | SCORE1 15 | | SCORE2 | | | | |
| 54. Principais lesões | | Crânio | Face | Pescoço | Dorsو | Tórax | Abdômen | Palve | Membro Superior | Membro Inferior |
| Amputação | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Contusão | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Escoriação | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Esmagamento | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Perfurante | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Contuso | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Fratura fechada | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Fratura aberta | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Laceração | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Luxação | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Queimadura | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| Presença de sangramento | | | | | | | | Esquerdo | Direito | |
| 23 882 245/0001-951 Huis Filipe e C. Alcanti Corretagem de Seguros-ME <input checked="" type="checkbox"/> R. João Cursino 872 Comp. Sala Diamantino Mauro de Nassau CEP 55.012-190 Caruaru PE | | | | | | | | | | |

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

| | |
|--|--|
| <p>55. Conduta:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1. Imob. Coluna cervical <input checked="" type="checkbox"/> 2. Utilização de prancha <input checked="" type="checkbox"/> 3. Imob. Membros <input type="checkbox"/> 4. KED <input type="checkbox"/> 5. Oxigenoterapia</p> | |
| <p>62. Outras descrições:</p> | |
| <p>56. Unidade de destino</p> | |
| <p>57. Médico que recebeu</p> | |
| <p>58. Equipe</p> | |
| <p>Médico assistente: _____</p> | |
| <p>Enfermeiro: _____</p> | |
| <p>Técnico de enfermagem: _____</p> | |
| <p>Condutor/Piloto: _____</p> | |
| <p>Responsável pelo preenchimento: _____</p> | |
| <p>Solicitou apoio da UTI <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> | |
| <p>Observações: _____</p> | |
| <p>Redirecionamento <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> | |
| <p>Causa: _____</p> | |
| <p>Destino: _____</p> | |
| <p>Obs: Registrar todos os redirecionamentos ocorridos no campo das observações.</p> | |
| <p>59. Cancelamento da ocorrência</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> 1. Pelo médico regulador <input type="checkbox"/> 2. Pelo solicitante</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> 3. Por trote <input type="checkbox"/> 4. Por cenário de risco para a equipe</p> | |
| <p>60. EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE</p> | |
| <p>O subscrito certifica que o paciente recusa atendimento mesmo contra orientação médica.</p> | |
| <p>Testemunha: _____</p> | |
| <p>Assinatura: _____</p> | |
| <p>RG: _____</p> | |
| <p>Data: / /</p> | |
| <p>61. Múltiplas vítimas: <input type="checkbox"/> 1. Sim <input type="checkbox"/> 2. Não</p> | |
| <p>Nº de vítimas: _____</p> | |
| <p>Cenário: _____</p> | |

123 882 245/0001-951
 Luis Filipe e Valcanti
 Corretagem de Seguros-ME
 R Joao Gurgel 872
 Comp. Salé Diamantino
 Mauro de Nassau CEP 55.012-190
 Caxias do Sul - RS

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: 27/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVALDO LEITE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02170

CONTA: 00000024528-6

Nr. da Autenticação 4C3400FBC03E8599

DADOS DO CLIENTE

MARCIAS RODRIGUES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOSE MARIA SIMÕES 29

CPF 067 637 614-22 NIS 18395898834

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

| Nº DA NOTA FISCAL | SÉRIE | EMISSÃO |
|-------------------|---------------|------------------|
| 018814234 | UNICA | 15/05/2018 |
| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DA INSTALAÇÃO |
| 15/05/2018 | 2011183608 | 5570412 |

| CONTAS CONTRATO | MÊS/ANO |
|---------------------|-------------------------------|
| 7010556850 | 05/2018 |
| DATA DE VENCIMENTO | DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA |
| 22/05/2018 | 14/06/2018 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 85,10 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 30.000.000 | 0,24884359 | 7,46 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 70.000.000 | 0,42658901 | 24,88 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 51.000.000 | 0,83988353 | 32,83 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 0,64 |
| Contribuição Iluminação Pública | | | 12,76 |
| Multa por atraso-NF 012891788 - 13/04/18 | | | 0,38 |
| Multa por atraso-NF 008984289 - 14/03/18 | | | 0,68 |
| Juros por atraso-NF 012891788 - 13/04/18 | | | 0,13 |
| Juros por atraso-NF 008984289 - 14/03/18 | | | 0,30 |
| Atualização IGPM-NF 012891788 - 13/04/18 | | | 0,07 |
| Atualização IGPM-NF 008984289 - 14/03/18 | | | 0,18 |

TOTAL DA FATURA

85,10

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | ATUAL | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|------------|-----------|------------|-----------|--------|---------------|
| 3121792302 | CAT | 13-04-2018 | 10.025,00 | 15-05-2018 | 10.174,00 | 32 | 1.00000 |

HISTÓRICO DE CONSUMO

Mês/Ano kWh

| | |
|-------|-----|
| MAI18 | 151 |
| ABR18 | 79 |
| MAR18 | 120 |
| FEV18 | 198 |
| JAN18 | 230 |
| DEZ17 | 177 |
| NOV17 | 178 |
| OUT17 | 180 |
| SET17 | 175 |
| AGO17 | 190 |
| JUL17 | 180 |
| JUN17 | 173 |
| MAI17 | 161 |

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

| BASE DE CÁLCULO | % | VALOR DO IMPÔSTO |
|-----------------|-------|------------------|
| ICMS | 70,59 | 25,00 |
| PIS | 70,59 | 1,12 |
| COFINS | 70,59 | 0,78 |

TARIFAS APLICADAS

| | |
|--|------------|
| Consumo Ativo até 30 kWh | 0,17060717 |
| Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh | 0,29246943 |
| Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh | 0,43870415 |

RESERVADO AO FISCO

153D A85D 8FEB 1F28 ADAC 78C3 99A5 5AB4

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

A partir de 29/04, tarifa com ajuste médio de 8,47% para Baixa Tensão e 9,90% para Alta Tensão-REH 2.368/18. Na data da leitura individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pago em atraso gera multa 2% (Res 414/ANEEL). Juros 15‰ m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no prazo, mês. Desconto pela aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei N° 10.438 de 26/04/02 - R\$ 41,04. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

Não existem débitos de 2017 e anos anteriores. Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais (Art 4º Lei 12.007/09). Esta declaração não afazendo débitos de parcelamentos/contas de dívidas nem faturas em discussão judicial que poderão ser cobradas após o fim do processo jurídico.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

| CONJUNTO | VALOR APURADO | LIMITE MENSAL | LIMITE TRIMESTRAL | LIMITE ANUAL |
|----------|---------------|---------------|-------------------|--------------|
| DIC | 0,00 | 11,94 | 23,89 | 47,79 |
| FIC | 0,00 | 7,74 | 15,49 | 30,98 |
| DMIC | 0,00 | 6,59 | 0,00 | 0,00 |

Límite DIC/R: 16,60

EUSO - Valor do Encargo de Utilização da Sist.

NÍVEIS DE TENSÃO

| TENSÃO NOMINAL (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (V) | |
|--------------------|------------------------|--------|
| | MÍNIMO | MÁXIMO |
| 220 | 202 | 231 |

O PÓDE SER OFICIAL
SÓ SE INFORMAR

23 882 245/0001-95
Luis Filipe de Cavalcanti
Corretagem de Seguros ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEF 55 012-190
Caruaru PE



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL,
RG nº 7635236, data de expedição 15/09/2017,
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 06071421462, com
domicílio na cidade de JUREMA, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TRAVESSA ANTONIO GOMES SBRINHO, nº 55,
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 EDVALDO LEITE DA SILVA, cujo o condutor era
EDVALDO LEITE DA SILVA.

Veículo: PAS MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 FAN

Ano: 2008

Placa: K FV- 2353

Chassi: 9C2JE30708R178223

Data do Acidente: 29/07/18

Local e Data: _____

Elza Ferreira Calou Sobral

Assinatura do Declarante

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



CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RGI, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Rua Jandira de Lucena, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 55480-000 - Fone: (87) 8817-5694
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituta: Edilma Maria da Silva

Reconheço a(s) Firma(s):

<< POR AUTENTICIDADE >>
<< ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL >>

SELO Nº: 0152439.VB503201801.00612

SELO Nº:

Dou fôr. Jurema (PE) 08/11/2018

Em testemunho

Emolumentos: R\$ 3,49

TSRN:

FERC:

Total:

R\$ 0,78

R\$ 0,39

R\$ 4,66

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.

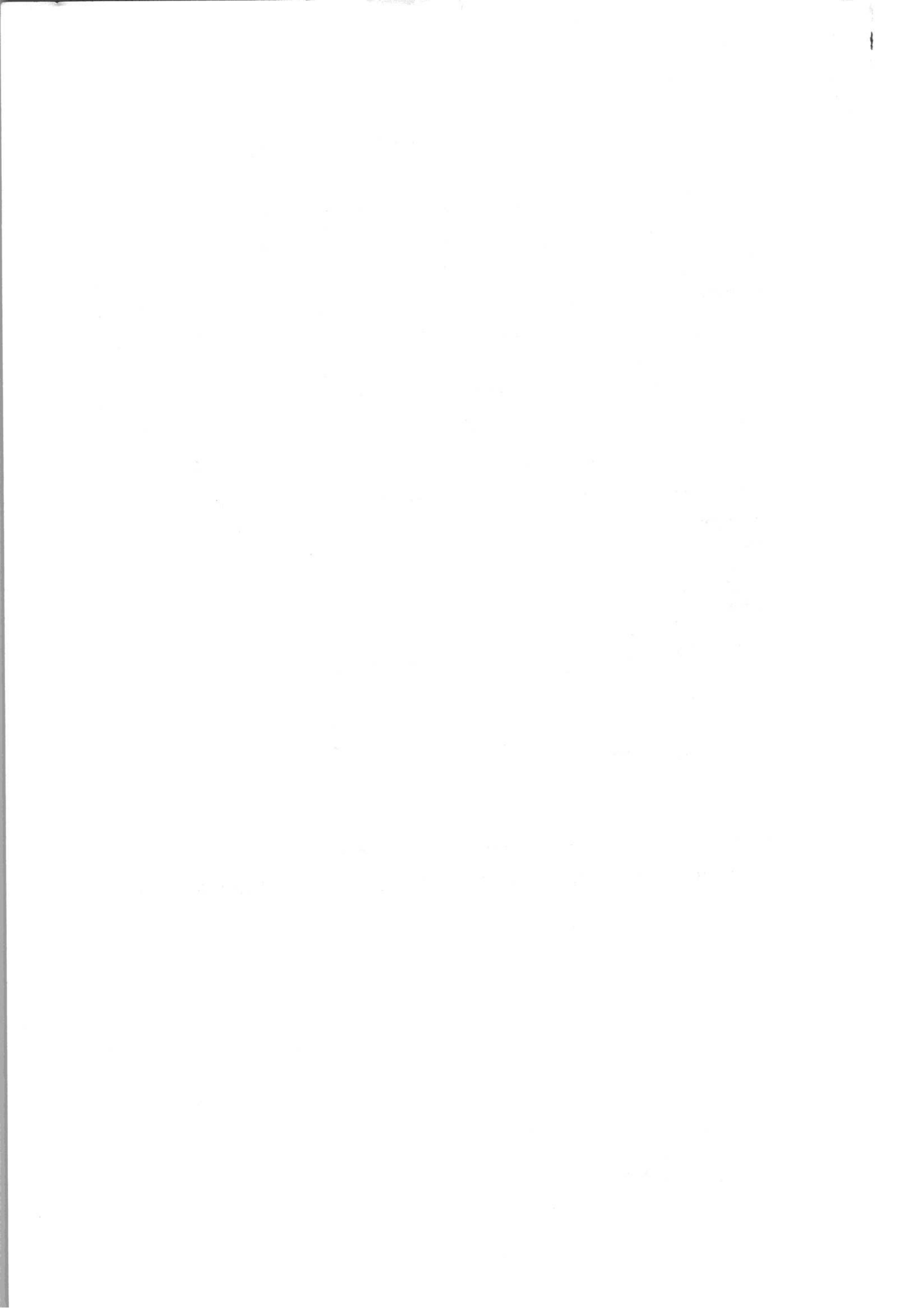
Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabeliã Substituta

Consulte Autenticidade em: www.tjpe.jus.br/selodigital

[23 882 245/0001-95]
Luis Filipe Icanti
Corretagem de Seguros-ME
R João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

CARTÓRIO OFÍCIO ÚNICO
CNPJ: 08.775.273/0001-10

Rua Jandira Correia de Lucena, nº 11 - Jurema - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, PROTESTOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
NOMEAÇÃO PELO ATO N° 1056 DA
EMENDA CONSTITUCIONAL N° 22 DE
29 DE JULHO DE 1982.



FICHA DE ATENDIMENTO
Prontuário: 23226

| | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| DATA: 29.07.18 | HORA: 03:10 | RECEPCIONISTA: Valdeleia |
| NOME: Edvaldo Bittar da Silva | | PROFISSÃO: motorista |
| DATA DE NASCIMENTO: 10.01.81 | IDADE: 37a | COR: Parda |
| SEXO: M | | ESTADO CIVIL: solteiro |
| CARTÃO DO SUS: 7000061.1430.9302 | RG: 6997157 | |
| ENDERECO: Rua Santa Terezinha | DATA EXPEDIÇÃO: 03.01.02 | |
| CIDADE: Jurema | CEP: 55480-000 | |
| MÃE: m ^a Luzinete da Silva | BAIRRO: centro | |
| NATURAL: Jurema | | |
| ACOMPANHANTE: Natália ma da Silva (esposa) | | |
| MÉDICO PLANTONISTA: DR: Juliane Ionara Mendes | | |

| | |
|-------------------------------|--|
| QUEIXAS PRINCIPAIS/HDA | Paciente vítima de queda de moto, apresentou sangramento nasal, uso de substância alucinógena, chegou ao SAMU em parada cardiorrespiratória. Uros cínicos parox, tiques ópticos, reflexo lâmpada monoparox em membros, comprometido dos movimentos em membros direitos e esquerdos (extremidade esquerda?). ECG 14 |
|-------------------------------|--|

| | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------|
| PRESSÃO ARTERIAL: 110x80 | TEMPERATURA: 302.93° | |
| PESO: | PULSO: | HGT: |

| | |
|--------------------------------|------------|
| DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: | Reticulose |
|--------------------------------|------------|

| | |
|---|--|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA: | 1) SNC 2.000ml EU 2) Tonel + tonel 40 03:35 3) Tonel 11 Catilu (Jc) 5479208 123882 2250001-95 Luis Filipe ... Icanti Corretagem de Seguros-ME R. João Cursino 872 Comp. Saia Diamantino Município de Nassau CEP 55.012-190 Caruaru PE |
| Fábio Ribeiro Juliana Ionara Mendes Médica CRM 27083 | |
| ASSINATURA -CRM | |



2ª Via- Arquivo do Hospital

Por não constituir caso para tratamento nesta Unidade, estamos encaminhando o paciente: _____.

RG.: _____ Idade: _____ Residente: 5479209

Para o Hospital: _____ Senha nº Atendeu a qtd

Esclarecer se o mesmo é portador de: _____



| | | | |
|------------------------|-----------|------------|---------------------------------|
| EDVALDO LEITE DA SILVA | | 01092595 | T 700006114309 |
| 611020 | MASCULINO | 37a 7m 16d | CLINICA ORTOPEDIA, CLORT 105-07 |



Relatório de Alta Hospitalar

ORTOPEDIA/TRAUMATO

Diagnóstico:

HDA: Paciente com história de acidente de motocicleta gerando fratura exposta de femur distal à direita + fratura de patela + fratura de MTCD + Luxação exposta de IFP de 2º QDD.

HD: Fratura exposta de femur distal à direita + fratura de 4º MTCD + Luxação exposta de IFP de 2º QDD.

Tratamento:

Cirurgia: LMC + Aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular de joelho direito. Redução incruenta de IFP de 2º QDD + Tala luva de MSD, em 29/07/18.

Retirada de fixador externo tubo a tubo de MID + Correção cirúrgica de fratura do femur direito com aposição de placa e parafusos + correção cirúrgica de fratura de patela a direita em 17/08/18.

OBS:

RETORNO AO AMBULATORIO DO DR. DANILO EM 15 DIAS.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

Melhora do quadro, acompanhamento ambulatorial.

| DATA DA INTERNAÇÃO | DATA DA ALTA |
|--------------------|--------------|
| 29/07/2018 | 27/08/2018 |

Recife, 27 DE AGOSTO DE 2018

Dr. Hebert Varela
CRM: 26492
HEBERT WALLACY VARELA DE PAIVA - CRM: Nº.26492

123 882 255/0001-95
Luis Filipe Corretagem de Seguros-ME
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cunha 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Ceará PE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Assistência Médica - SUS - PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Paciente Edvaldo Leitão
de 10/09 portador da Carteira profissional nº _____
Série _____ necessita de 60 (sessenta) dias de afastamento do trabalho a partir desta data por motivo de doença. CID 10 S72.4

HGPS
Hospital ou Ambulatório

At/09/14
Localidade e Data



Ass. do Médico - CRM nº

NOTA - Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do RGP, aprovado pelo Decreto nº 68 501 de 14/03/67 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

PERILOGRÁFICA - FONE: (81) 3338 3636

23 882 245/0001-95
Luis Filipe e C. Vicanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Ceará - PE

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, 5/N, Cordeiro, Recife/PE

Getúlio Vargas

Av. General San Martin, 5/N, Cordeiro, Recife/PE

ATESTADO MÉDICO

LAUJO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o Edvaldo Leite da Silva, 37 anos. Esteve internado no setor de Traumato-Ortopedia deste serviço do dia 29/07/2018 ao dia 27/08/2018 para tratamento médico-hospitalar. Necesita de 15 (QUINZE) dias de afastamento das atividades habituais para prosseguir tratamento clínico, a partir da data de hoje.

CID 10: S 72.4

Recife, 27/08/2018

Deixo a cargo do MÉDICO PERITO avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 27/08/2018

Declaro para os devidos fins que Edvaldo Leite da Silva, 37 anos. Esteve internado no setor de Traumato-Ortopedia desta unidade hospitalar de 29/07/2018 ao dia 27/08/2018 para tratamento médico-hospitalar.

CID 10: S 72.4

Recife, 27/08/2018

Deixo a cargo do MÉDICO PERITO avaliar questões trabalhistas e afins.

Recife, 27/08/2018

123 882 24 0001-951
Luis Filipe
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Centro de Negócios
Cenau PE



123 882 245 /0001-95
Luis Filho e Alcanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180532328 **Cidade:** Jurema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO LEITE DA SILVA **Data do acidente:** 29/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL EXPOSTA DO FÊMUR, E FRATURA DE PATELA À DIREITA.
FRATURA DO 4º METACARPO E LUXAÇÃO EXPOSTA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO: OSTEOSÍNTESE; PARA OS DEMAIS CONSERVADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| | | Total | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: KARLA SUELY MALHAES DE SOUZA

CRM: 5252099-1

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180532328 **Cidade:** Jurema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDVALDO LEITE DA SILVA **Data do acidente:** 29/07/2018 **Seguradora:** SUHAI SEGURADORA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL EXPOSTA DO FÊMUR, E FRATURA DE PATELA À DIREITA.
FRATURA DO 4º METACARPO E LUXAÇÃO EXPOSTA DO 2º DEDO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (MEMBRO INFERIOR DIREITO: OSTEOSÍNTESE; PARA OS DEMAIS CONSERVADOR) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

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 inferiores | 70 % | Em grau médio - 50 % | 35% | R\$ 4.725,00 |
| Total | | | 35 % | R\$ 4.725,00 |

Rio de Janeiro, 13 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: EDVALDO LEITE DA SILVA

Nº Sinistro: 3180532328

Vítima: EDVALDO LEITE DA SILVA

Data do Acidente: 29/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180532328**.

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



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 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
0710926/18

CPF da Vítima
05139815435

Nome completo da vítima
Eduardo Leite da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | |
|--|---|-------------------------------|
| Nome completo Eduardo Leite da Silva | CPF titular da conta 051.398.154.35 | Profissão MOTONISTA |
| Endereço RUA JOSÉ MARIA SIMÓES | Número 29 | Complemento |
| Bairro CENTRO | Estado PE | CEP 55480 000 |
| Email | Telefone (DDD) (087) 98834-3504 | |

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

RECUSO INFORMAR
 R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

SEM RENDA
 R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ATÉ R\$ 1.000,00
 R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

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

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.
210

D/V

000 94 528

D/V

6

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, 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.

Local e Data
Caruaru, 12 de Novembro de 2018

Eduardo Leite da Silva
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

FAPPF.001 V001/2017

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal
Luis Filipe - **Caruaru**
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sata Diamantino
Mauricio de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE





[23 882 245/0001-95]
Luis Filipe Alcanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Maurício de Nassau CEP 55.012-190
Caruaru PE]



08/11/2018

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituta: Vera Lúcia Ferraz da Mota Silveira

Boletim de Ocorrência

3180-5323 28

CARTÓRIO OFÍCIO 0410
CNPJ: 08.775.273/0001-10

Rua Jandira Correia de Lucena, nº 11 - Jurema - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, PROTESTOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
NOMEAÇÃO PELO ATO Nº 1656 DA
EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 22 DE
29 DE JULHO DE 1982.

PE
CARTÓRIO DO OFÍCIO UNICO SOUZA FERRAZ - RG: PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Rua Jandira de Lucena, 11 - Centro - Jurema/PE - CEP: 55480-000 - Fone: (87) 8817-5694
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituta: Vera Lúcia Ferraz da Mota Silveira
SELO N°: 0152439.ICU09201801.00631 AUTENTICAÇÃO
Emolumentos:
TGRN: R\$ 2,99 Certifico que este documento
FRCI: R\$ 0,65 é a cópia feita do original
Total: R\$ 0,33 apresentado neste cartório
R\$ 4,00 Jurema, 08/11/2018
Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabela Substituta



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 146ª CIRCUNSCRIÇÃO - JUREMA - DP146ºCIRC DINTER1/18ºDESEC
BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 18E0236000292**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 08/11/2018 às 10:23

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia 29/7/2018
no período da Manhã

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE JUREMA, 1, ESTRADA PARA LAJE DOS CAROÇOS - Bairro:
CENTRO - JUREMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL (OUTRO)
EDVALDO LEITE DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): EDVALDO LEITE DA SILVA

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

EDVALDO LEITE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA LUZINETE DA SILVA Pai: PEDRO
LEITE DA SILVA Data de Nascimento: 10/11/1961 Naturalidade: JUREMA / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: SOLTEIRO(A)
Endereço: 1º, GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE JUREMA, 29, RUA JOSÉ MARIA SIMÕES - CEP: 55480000 - Bairro: CENTRO -
JUREMA/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): ELZA FERREIRA CALOU SOBRAL que
estava em posse do(a) Sr(a): EDVALDO LEITE DA SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 125 FAN ES Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

123 882 22-7001-951
Luis Filipe - Icanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Cursino 872
Comp. Sala Diamantino
Mauricio de Nassau CEP: 55.012-190
Caruaru - PE

08/11/2018

Boletim de Ocorrência

Placa: KFV2353 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 971836892 Chassi: 9C2JG30700R176223

Descrição: PLACA KFV2353

Complemento / Observação

O QUEIXOSO INFORMOU QUE, NO DIA E LOCAL SUPRACITADOS, POR VOLTA DAS 02:30 H, ESTAVA A CAMINHO DO SITIO LAJE DOS CAROCOS, NA MOTOCICLETA SUPRADESCRITA, QUANDO A MOTO "DERRAPOU" E ESTE CAIU. INFORMOU, AINDA, QUE FRATUROU O JOELHO E O FÉMUR, EM RAZÃO DO ACIDENTE.

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

Edvaldo Leite da Silva
EDVALDO LEITE DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: EDSON LEANDRO SANTIAGO DE LIRA - Matrícula: 3878705

PE CARTÓRIO DO OFÍCIO ÚNICO SOUZA FERRAZ - RGI, PROTESTOS, TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS
Rua Jandira de Lucena, 11 - Centro - Juazeiro-PE CEP: 55480-000 - Fone: (87) 8817-6694
Tabelião Oficial: José Maria de Souza Ferraz - Substituta: Vera Lúcia Ferraz da Mota Silveira

SELO N°: 0152439 ZOM09201801.00632 AUTENTICAÇÃO
Emolumentos:
TSRN: R\$ 2,99 Certifico que este documento
FERO: R\$ 0,66 é a cópia fiel do original
Total: R\$ 0,33 apresentado neste cartório.
R\$ 4,00 Juazeiro, 06/11/2018
Vera Lúcia Ferraz da M. Silveira
Tabeliã Substituta

VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE
AUTENTICIDADE E FISCALIZAÇÃO.

Ofec93

23 882 245/0001-95
Luis Filipe Cavalcanti
Corretagem de Seguros-ME
R. João Curseino 872
Centro, Juazeiro-PE
CEP: 55301-100
Cearan

CARTÓRIO OFÍCIO (ÚNICO)
CNPJ: 08.775.273/0001-10
Rua Jandira Correia de Lucena, nº 11 - Juazeiro - PE
José Maria de Souza Ferraz - Tabelião
REGISTRO GERAL DE IMÓVEIS, PROTESTOS,
TÍTULOS, DOCUMENTOS E ANEXOS.
NOMEAÇÃO PELO ATO N° 1656 DA
EMENDA CONSTITUCIONAL N° 22 DE
29 DE JULHO DE 1982.

