

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170611865

Vitima: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170611865**.

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



Rio de Janeiro, 24 de Novembro de 2017

Aos Cuidados de: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Sinistro: 3170611865

Vítima: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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 3170611865** 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



Rio de Janeiro, 27 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Sinistro: 3170611865

Vítima: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 20/08/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

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 3170611865** 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



Rio de Janeiro, 13 de Janeiro de 2018

Carta n°: 12234513

A/C: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Nº Sinistro: 3170611865
Vitima: ERMINIO MARTINS DA SILVA
Data do Acidente: 20/08/2016
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: ERMINIO MARTINS DA SILVA

Valor: R\$ 1.350,00

Banco: 047

Agência: 000000023

Conta: 000001014113-7

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.350,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas torácicas, 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%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R\$	1.350,00
--	-----	-----------------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

 EU, Eromário Martins da Silva

 PORTADOR(A) DO RG Nº 666.575

 EXPEDIDO POR SSP/SG

 EM 16/11/2009

 CPF 066023086-75 /CNPJ 000000000000000000, PRÓFISSÃO Funcionário.

E RENDA MENSAL DE R\$ 200,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Eromário Martins da Silva. AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se quais os documentos abaixo relacionados não devem, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPIANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomenda-se a consulta no site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

28 SET 2017

RECEBIDO

IMPORTANTE: Também não devem ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

 Nº do BANCO 047 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 003 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 0101413-2

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPIANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Eromário Martins da Silva

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago aos legítimos beneficiários, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médicas hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





-0004-

Documentos de Identificação

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE ATENDIMENTO

Em 20/01/2017 Ministro da Saúde portador da
Carteira de Identidade nº 575 inscrito no CPF/MATR. nº 083.085.15
residência

1106 - Logar do Rio Preto domicílio nº
Cidade Pedreira, Estado Pará, declaro, sob as
condições de que estou habilitado de apresentar Comprovação do Ato Declaratório, para
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 8.194/74), uma vez que:

1º) Fui socorrido por populares

2º) Os órgãos expedidores da referida declaração, não prestam esse tipo de atendimento, a
vila onde moro reside.

Este é o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT para a
ocorrência de acidente permanente, causado diretamente por veículo automotor ou não
motorizado, que esta constatação permita o prosseguimento a análise da minha
indemnização, assim a apresentação da comprovação do Ato Declaratório, concordando com
tudo, considero a ocorrências que justifiquem a ausência da referida declaração.
Na oportunidade, acredito de que a comunicação com a analista, seja a comprovação, não é
de minha parte, não fazendo do processo, onde me coloca a disposição para realização de perícias
do Segurado, ouvir, para uma indenização justa das lesões que permaneceram devido ao
acidente.

Ricardo Alves da Silva

20/01/2017



UPA 24h

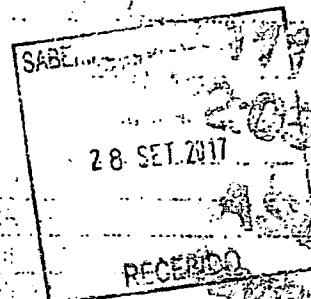
Wiemer Martins da Silva

30 05 60

H: Senhora do Nascimento

Avant time Patrícia II

2016 Negra



(2016) — PA: 140x90 mmHg, HGT: 81 mmHg
15.85h — Sut de O2: 98%, Fc: 76 bpm

15.50h — PA: 210x110 mmHg

15.52h — PA: 150x90 mmHg

SABEM SEGURADORA SA

03 APR 2017

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: 09/01/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ERMINIO MARTINS DA SILVA

BANCO: 047

AGÊNCIA: 00023

CONTA: 00001014113-7

Nr. da Autenticação 64EA045DEE59B817

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA



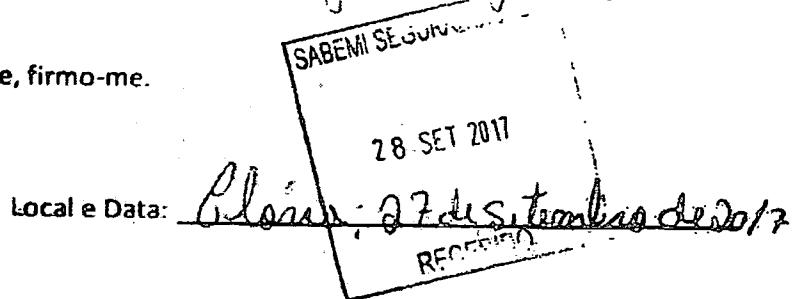
Eu, Ermínio Martins da Silva

RG nº 666.575, data de expedição 16/10/2008, Órgão SSP/SC,

CPF nº 266.083.085-15, venho perante a este instrumento declarar que não posso comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Avenida Presidente Ana Patrícia</u>
Número	<u>514</u>
Apto / Complemento	<u>Pavilhão Tragac do Rancho</u>
Bairro	<u>Área Rural</u>
Cidade	<u>Rocinha Redonda</u>
Estado	<u>Sergipe</u>
CEP	<u>49970-000</u>
Telefone de Contato	<u>99925-2568 - 99918-9207</u>
E-mail	<u>marcordegloria@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.



Assinatura do Declarante: Ermínio Martins da Silva



0030-

DECLARAÇÃO

Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

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

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, está recusa é passível de comunicação ao COAF.

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

* 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu José Luiz da Silva Pires, portador(a) do RG nº 0123456789, expedido por SSP/SC, em 06/01/2014, CPF/CNPJ nº 000.000.000-00, na qualidade de procurador(a)/intermediário(a) do beneficiário (a) Eduardo Martins da Silva do sinistro de DPVAT da natureza _____ da vítima Eduardo Martins da Silva, é conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12 declaro as informações solicitadas.

Profissão: Adv. Renda Mensal: R\$ 100,00

Documentos comprobatórios: NA

ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO





Declaração de Proprietário do Veículo

Eu. 13:10. — *Thou shall not covet*

RG nº 231.345 data de expedição 04/11/06

Órgão _____, portador do CPF nº 133.451.635-18, com
domicílio na cidade de Florianópolis, no Estado de
Santa Catarina, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

complemento declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é (não) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima () () () () (), cujo o condutor era () () () () ().

Vehicle classification

• 8:00A.M.
Altar

WICADEL
650

Alb.
Plana

Pista.
Ghassu'

Class.

State of Florida
Local Data

Locality Data: _____

SACRED BOOKS -

28 SET 2017

Assinatura do Decreto

Assinatura do Condutor : caso seja um Terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

~~Ex~~ in Scie ³ in
Tributaria Tributaria

*Portada da Série Zélio
Tabeliã Titular*

RF 2020-0454
Valido somente 2020-06-06
Selo de Autenticidade

0006

HOSPITAL REGIONAL DE NOSSA SENHORA

ID DO BE: 234745 DATA: 22/08/2016 HORA: 14:40 USUARIO: LMBSILVA
SETOR: 02-CONSULTORIO ADULTO

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NAME : ERMINIO MARFINS DA SILVA DOC.
 IDADE: 56 ANOS NASC: 30/05/1960 SEXO: MASCULINO
 ENDERECO: ASSENTAMENTO ANA PATRICIA II NUMERO: 0
 IMPLIMENTO: CASA BAIRRO: ZONA RURAL
 MUNICIPIO: POCO REDONDO UF: SE CEP: 49610-000
 NAME PAI/MAE: NAO DECLARADO /MARIA SENHORA DO NASCIMENTO
 RESPONSAVEL: O PROPRIO TEL:
 RESIDENCIA: POCO REDONDO-SE
 ENDERECO: OUTROS NAO ESPECIFICADOS
 SOC. POLICIAL: NAO PLANO DE SAUDE: NAO TRAUMA: NAO
 SOC. TRABALHO: NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO

PA: 110 mmHg PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAMES COMPLEMENTARES: [] RAIO X [] SANGUE [] URINA [] TC
 [] LIQUOR [] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [] SIM [] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: _____/_____/____

MATERIAL DA ENFERMAGEM: *Exame de sangue*

DIAGNOSTICO:

CID: _____

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

*Ex. Renan Góes**Med. Dr.
C. J. Góes*

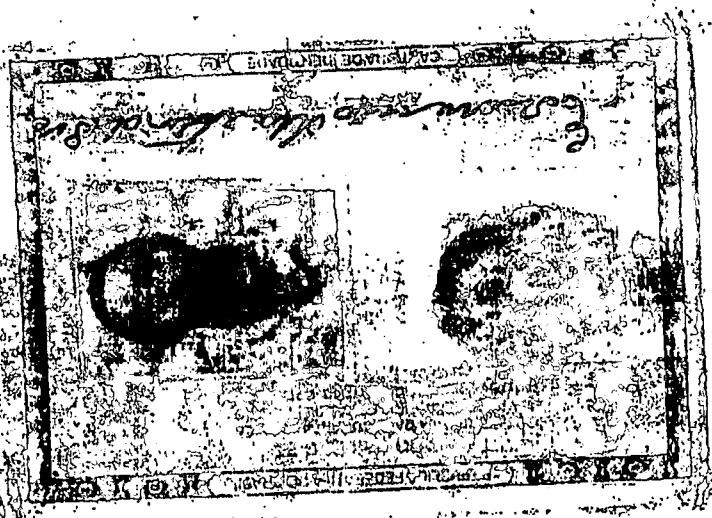
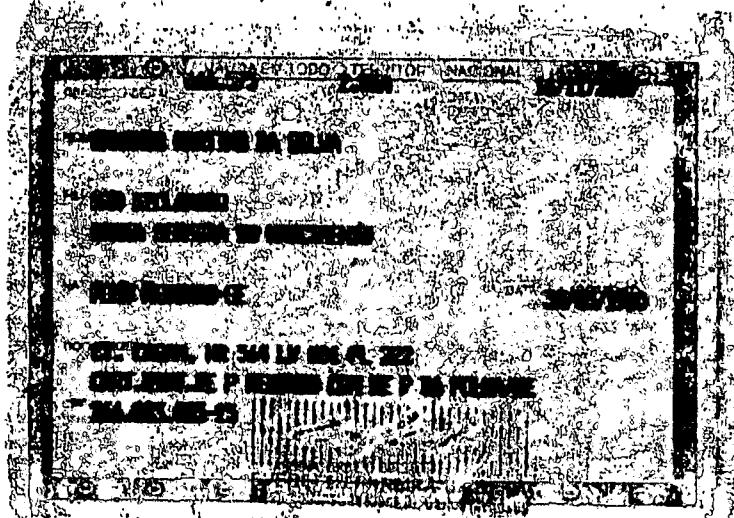
DATA DA SAIDA: / / HORA DA SAIDA: :
 TIPO: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] EVASAO [] DESISTENCIA
 [] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR): _____

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

TIPO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PAT.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL

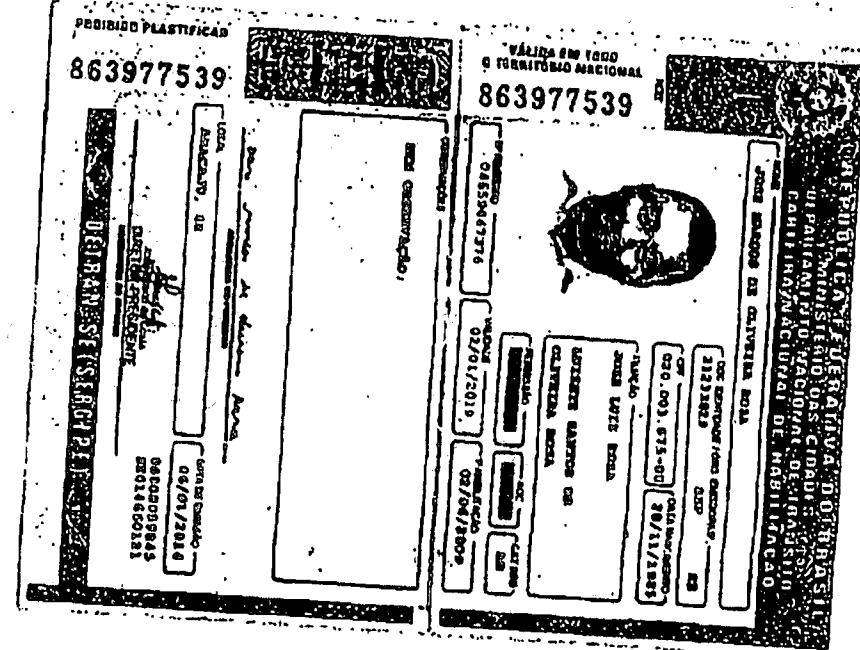
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



•0012

1100

SABENI SECURUS
28 SET 2011
RECEP.



RECEBIDO
03 ABR 2017

03 ABR 2017

Solicitação



Meu Irmão(a) Martim(a) da Silva Rg 666.575
e e PF 266.083.085-15 Endereço: Rua Ana Patrícia 2
Cidade: Peço. Recife/PE. Solicito: 003 Súmula
que seja baixa de minha pendência do meu
processo sumário 3170 45 6530, que se faz
aditamento no Balíum de Glória informando
que a dita certa de meu cedente foi
(20.08.2016), por favor baixe essa pendência
pois meu processo já está muito atrasado
e estou passando ate necessidade porque não
posso trabalhar pelo a comprovação de VLR.

Deus Ja'

nossa Sra. S. da Glória 27.09.17

2º Irmão(a) Martim(a) da Silva
Data 27.09.17

SABEM SEGUIN

28 SET 2017

RECEPÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170611865 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERMINIO MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/12/2017

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: NÃO INFORMADO

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: LAUDO INCONCLUSIVO

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

PRESTADOR

VISÃO MÉDICA LTDA

Nome do médico: REGINALDO WANIS

CRM do médico: 52.43685-6

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170611865 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERMINIO MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 20/08/2016 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA

Descrição do exame médico pericial: AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO TÓRAX ASSIMÉTRICO PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA 6^a E 7^a COSTELA A DIREITA, DOR TORÁCICA EVIDENCIADO À PALPAÇÃO, COMPRESSÃO E INSPIRAÇÃO FORÇADA, RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA E RESPIRAÇÃO EM VIRTUDE DA DOR.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR A DIREITA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional de estruturas torácicas

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 29/12/2017

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Manoel Otacilio Nascimento Junior

CRM do médico: 1827

UF do CRM do médico: SE

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 torácicas, 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

PRESTADOR

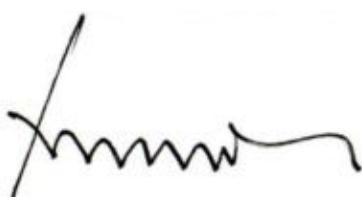
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: ROBERTO MARTINS ALBURQUERQUE

CRM do médico: 52.28426-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Procuração

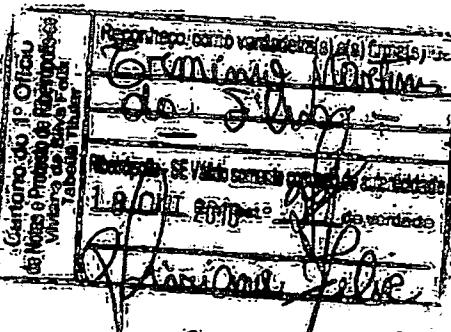
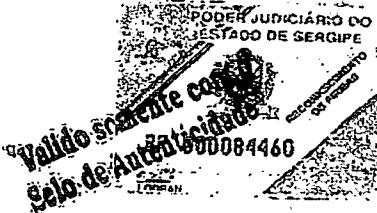


Por este instrumento particular, eu (nome completo) Elaine Silveira (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Jurídico, portador da cédula de identidade RG nº 66.083.085-15, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 266.083.685-15, residente na (endereço completo) Rua 1000 do Parque, na cidade de Olinda, (UF) PE, CEP 59.870-000, nomeio e constituo meu procurador, (nome do representante) Elaine Silveira (nome completo) Elaine Silveira, (nacionalidade) Brasileiro, (profissão) Jurídico, portador da cédula de identidade RG nº 912.338.29, emitido pela SSP / (UF) SE, inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00, residente na (endereço completo) Rua 1000 Sul, na cidade de Olinda, (UF) PE, CEP 59.680-000, a quem confiro amplos e gerais poderes para, tratar, requerer, assinar papéis e documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO SEGURO DPVAT** da vítima (nome da vítima) Elaine Silveira, junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**.

(local e data) Florianópolis - SC - 18/10/16

(assinatura) Elaine Silveira

(RG) 6608308515



OBS: (a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE)

Elaine Silveira
Tabelião Titular

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **ERMINIO MARTINS DA SILVA** Sinistro: **3170611865** Data: **20/08/2016**

Endereço do(a) Examinado(a): **POV LOGOA DO RIACHO , SN, ASS ANA PATRICIA - ZONA RURAL - Poço Redondo - SE - CEP 49810-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SSP /SE**] **666.575**

Data local do exame: [**29/12/2017**] **Aracaju** [**SE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR À DIREITA . AO EXAME FÍSICO FOI EVIDENCIADO TÓRAX ASSIMÉTRICO PRESENÇA DE CALO ÓSSEO NA 6^a E 7^a COSTELA A DIREITA, DOR TORÁCICA EVIDENCIADO À PALPAÇÃO, COMPRESSÃO E INSPIRAÇÃO FORÇADA, RESTRIÇÃO DA EXPANSÃO TORÁCICA E RESPIRAÇÃO EM VIRTUDE DA DOR.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR DA FRATURA DE 03 ARCOS COSTAIS COM CONTUSÃO PULMONAR A DIREITA.

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

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional de estruturas torácicas

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. Segundo o 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 (*).

() "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)

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Estruturas torácicas

% do dano: (**X**) 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

% do dano: () 10% residual () 25% leve

() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

V. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Manoel Otacílio Nascimento Júnior
NOME: Manoel Otacílio Nascimento Júnior

CRM: 1827 SERGIPE

Manoel Otacilio Nascimento Junior - CRM: 1827 - SE