

# 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: 13/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GIL DIAS DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 000000012092-9

---

Nr. da Autenticação 5D73FFB2D3CF3C28



CELPE

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

## NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-502  
CNPJ 10.035.832/001-01 / INSC. Faz. 0005943-03 | www.celepe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

GIL DIAS DE SILVA

CPF: 053.766.684-32

## CLASSIFICAÇÃO

R2 RURAL  
AGROPECUÁRIA RURAL

Nº DA NOTA FISCAL	PERÍODO	ENVIAÇÃO	
012752019	1/1/2019	24/09/2019	
APRESENTAÇÃO		Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/09/2019	2031104362		8143791

## ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SI-ATIVA-520

ZONA RURAL MACAPARANA/MACAPARANA R  
MACAPARANA/PE  
55885-000

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7020274390	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PÓRIMA LEITURA
01/10/2019	25/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	23,27

## DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (MW)	36.000 (000)	0,59243943	21,32
Acre�iono Bandeira VERMELHA			2,04
ICMS Subvenção CDE-NF 671105630-25/07/19			0,18
Cooperativa EMC 07/19			0,26

TOTAL DA FATURA

23,27

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MÉDICO	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
		DATA	LEITURA				
012752019	041	08/09/2019	7.374,00	24/09/2019	7.410,00	29	1.00000

## HISTÓRICO DE CONSUMO

MÊS/ANO	VALOR
SET/18	36
AGO/18	31
Jul/18	32
JUN/18	31
MAR/18	32
FEV/18	40
JAN/18	25
DEZ/17	34
NOV/17	31

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	22,00	5,04
PIS	1,00	0,18
COFINS	1,00	0,09

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO

Geração de Energia	R\$ 9,00	34,80%
Transmissão	R\$ 0,81	3,47%
Distribuição (CELEPE)	R\$ 4,91	18,62%
Poluição de Energia	R\$ 1,55	5,54%
Encargos Sociais	R\$ 1,15	4,32%
Italiação	R\$ 0,09	0,36%
Frete	R\$ 23,24	88%

## TARIFAS APLICADAS

24174000

Consumo Ativo (MW)

RESERVADO AO FISCO



SAÍM  
192

SECRETARIA DE POLÍCIA

16:25

16:35

21:03

5649764.

Data de Solicitação: 04/07/2019  
Assunto da Solicitação: Queda de moto

<input checked="" type="checkbox"/> VIA PÚBLICA	<input type="checkbox"/> DOMICÍLIO
<input type="checkbox"/> Círculo	<input type="checkbox"/> Círculo
<input type="checkbox"/> Círculo Esportivo	<input type="checkbox"/> Círculo Esportivo

<input type="checkbox"/> NAMORADO
<input type="checkbox"/> FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> AMIGOS

<input type="checkbox"/> DESPEDIDA
<input type="checkbox"/> PESQUISA
<input type="checkbox"/> TESTEMUNHADO

IDENTIFICAÇÃO:

Paciente: Gil Dias da Silva, 40 anos

15/04/1979

Sexo:  Masculino  Feminino

Endereço: Perto do Abatedouro de Maurício

Entidade: Emerson

BR-408

Residuo: Sítio Xixa - Timbaúba - Endereço da vítima

CHUBAS - ESTILOS ACIDENTE VIOLÊNCIA:

Acid. Automóvel Acid. Motocicleta

Acid. Ciclista

Acid. Pequeno

HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 741732

Prontuário: 1124307

Nome: GIL DIAS DA SILVA

Data Nasc.: 15/04/1979

Idade: 40

Sexo:

MASCULINO

Cor:

CNS:

CPF: 0337866493

RG: 5467512

Nº: 510

Estado: PE

Endereço: SITIO XIXA

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55875970

Fone: 93799618

Cidade: TIMBAUBA

Profissão:

Nome da Mãe: SEVERINA DIAS DA SILVA

Acompanhante: MARIA DE FATIMA

Nome do Conjugue:

Lugar de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 5700186 | RELATA VINDO DO TRABALHO COLISÃO MOTO - CARRO APRESENTANDO DOR - EDEMA -

Acidente de Trabalho: Sim  Não

2 - ATENDIMENTO DATADA/20/04 HORA: 15:44

Médico:  CRM-PE 25.104

Doença Principal / HDA:

Acidente de Trabalho: Sim  Não

Médico:  CRM-PE 25.104

História do Trauma

Ponto de Consciência:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Episódio Emergencial: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
Acidente de Trânsito:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Motorista: <input type="checkbox"/> Passageiro: <input type="checkbox"/>
Colisão:	Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo:	
Atrocentramento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Local de Impacto:	Sofreu Queda: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Altura:
Vítima de Ferimento:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Tipo:	Transporte Realizado por:
Queimadura:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por:	Por que:
Condições de Imobilização Adequadas:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>		

Observações:

Exame Físico:  
A: Geral: *(Abaixo consta descrição)* *(Abaixo consta descrição)* *(Abaixo consta descrição)*

B: Respiratório

*(Abaixo consta descrição)*

C: Circulatório

*(Abaixo consta descrição)*

D: Exames Neurológico

*(Abaixo consta descrição)*



IRL. DIAS DA SILVA	01124207
741737	
MASCULINO	408.3m 170
	CINICA TRAUMATOLOGICA, CTRAU



**Relatório de Alta Hospitalar**  
ORTOPEDIA/TRAUMATO

\_\_\_\_\_ Diagnóstico: \_\_\_\_\_

FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNozELO ESQUERDO

\_\_\_\_\_ Tratamento: \_\_\_\_\_

04/07/19: REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNozELO ESQUERDO  
30/07/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍTESE COM PLACA ALCP + 02 PARAFUSOS CORTICais (SENDO 01  
TRANSSINDESMÓDAL) + 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

\_\_\_\_\_ OBS: \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÕES: 1) CEPALEXINA 500MG: 01 CP. VO DE 6/8H POR 07 DIAS; ANALGÉSICO. 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE  
OR TADER EM 15 DIAS. 3) CARGA ZERO EM MÉMBRO INFERIOR ESQUERDO (NÃO PISAR). DEAMBULAR COM AUXÍLIO DE  
MULETA. 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGENCIA.

\_\_\_\_\_ Condições Clínicas (no momento da Alta): \_\_\_\_\_

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
04/07/2019	01/08/2019

Dr. Mauricio Cezar  
Médico  
CRM-PE 27559

Raífe, 01 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS - HGv  
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Raífe - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3184-5600



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS  
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



### BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

**NOME:** GIL DIAS DA SILVA

**1. Ocorrência da Emergência:** 741732

1.1 - Atendimentos em: 04/07/19

1.2 - Às 19 horas e 34 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

**2. Internamento Electivo – Reg. Geral No. 1124307**

2.1 – Internado em: 04/07/19

2.2 - Alta em: 01/08/19

**3. Hipótese Diagnóstica:** FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

**4. Tratamento:** 1<sup>o</sup> CIRURGIA EM 04/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. 2<sup>o</sup> CIRURGIA EM 30/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍTESE DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO.

**5. Observação:** ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

DATA: 11.10.2019

HORA: 10:51:18

PASTA: 01.10.2019

TB

RS

Tadeu Buril  
Cir. Vascular  
CRM: 3019

Dr. Tadeu Buril.

**LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES**

Unidade de Saúde	Município	Região de Saúde		
Nome do Paciente	<i>Silviano dos Santos, 40 anos</i>			
Quadro Clínico	<i>Este paciente de veiculista motociclista há 50 Km nem relato de perda de consciente e com dor, membro dir. com edema e descoloração em membro distal. E há 15 dias de fratura em membro distal.</i>			
Diagnóstico	<i>Fratura de fíbula distal E</i>			
1º REMOÇÃO	Destino	Município	H de Saída	H de Chegada
	<i>HG Vila Sônia 5720-186</i>			
Motivo (Registro Detalhado) <i>Avulsão da Fratura - Ortopedista</i>				
2º REMOÇÃO	Assinatura do M. dico Assistente	Nº do C.R.M	Data	
	<i>Márcia Alves Rocha</i>	<i>18.116</i>	<i>01/01/19</i>	
Destino				
Motivo (Registro Detalhado) <i>Frete: Profissional de Fisioterapeuta IV</i>				
Assinatura do Responsável				
Autorizo a Transferência				
M. dico Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Confirmo o Motivo Administrativo				
Enfermeira Chefe do Plantão				
Carimbo / Assinatura				
Unidade Prestadora do Atendimento	Município			
Especificação do Atendimento Prestado				
Assinatura do Responsável	Nº do C.R.M	Data		



GIL DIAS DA SILVA		01124307
741237	MASCULINO	40a 3m 17d



**Relatório de Alta Hospitalar**  
**ORTOPEDIA/TRAUMATO**

**Diagnóstico:**  
FRATURA-LUXAÇÃO DE TORNozELO ESQUERDO

**Tratamento:**  
04/07/19: REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR EM TORNozELO-ESQUERDO.  
30/07/19: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTese COM PLACA ALCP + 02 PARAFUSOS CORTICais (SENDO 01 TRANSSINDESMOIDAL) + 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

**OBS:**  
ORIENTAÇõES: 1) CEFALEXINA 500MG: 01-CP, VO DE 6/SH POR 07 DIAS, ANALGÉSICO; 2) RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE DR JADER EM 15 DIAS; 3) CARGA ZERO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO (NÃO PISAR), DEAMBULAR COM AUXíLIO DE MULETA; 4) CURATIVO DIÁRIO; 5) EM CASO DE FEBRE E/OU INFECÇÃO PROCURAR SERVIÇO DE URGENCIA.

**Condições Clínicas (no momento da Alta)**  
BOAS CONDIÇõES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO	DATA DA ALTA
04/07/2019	01/08/2019

Dr. Mauricio Cezar  
CRM: 27559  
CRM-PE: 22.559

Recife, 01 DE AGOSTO DE 2019

Mauricio Cezar Monteiro Bertino - CRM: N° 27559

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV  
Av Gal. San Martin, S/N - Cordeiros - Recife - PE - 50630-060  
CNPJ - 10.572.048/0005-51  
Fone - (81) 3194-5600



## Secretaria Estadual de Saúde

### RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: GIL DIAS DA SILVA REG: 1124307

Data da operação: 04/07/2019

Operador: DR. SERGIO TAVARES

1º auxiliar: auxiliar: DR. EMMANUEL COSTA (MR1)

2º auxiliar: DRA JULIANA PIVANTI (MR1)

Anestesista: O PLANTONISTA

Diagnóstico pré-operatório: FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO  
ESQUERDO

Tipo de operação: REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO  
TRANSARTICULAR EM TORNOZELO ESQUERDO

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob raquianestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos estéreis;
- 4) Observado fratura luxação de tnz esquerdo sob fluoroscopia;
- 5) Realizado redução incruenta de fratura luxação de tnz esquerdo;
- 6) Confirmado redução sob fluoroscopia;
- 7) Realizado aposição de fixador externo tubo a tubo transarticular em tornozelo esquerdo;
- 8) Confirmado redução mantida sob fluoroscopia;
- 9) Curativo estéril;
- 10) Boa perfusão distal ao final do procedimento

01

DR. SERGIO TAVARES  
Médico Ortopedista

OBS: AVALIAÇÃO DO GRUPO DO PFTORNOZELO

OBS: TAMANHO DO PINO DE SCHANZ DISPONÍVEL INCOMPATÍVEL COM O MÉTAL DO PACIENTE. NAO FOI CONSEGUIDO ALINHAMENTO DO MESMO EM 45 GRADOS. SISTEMA TRAVADO E BOA REDUÇÃO DO SISTEMA APESAR DO SCHANZ DO MÉTAL N FICAR COMO PENSADO.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL  
GETÚLIO VARGAS

GOVERNO DE  
Pernambuco

## Secretaria Estadual de Saúde RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: GIL DIAS DA SILVA REGISTRO: 1124307

Data da operação: 30/07/2019

Operador: DR JADER 1º auxiliar: DR. HEBERT DR ABÍLIO CRUZ

Anestesista: PLANTONISTA

TORNOZELO ESQUERDO

Tipo de operação: REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DE  
MALEOLO LATERAL ESQUERDO

### Descrição cirúrgica:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia local;
- 2) Garroteado MIE
- 3) Assepsia e antisepsia;
- 4) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 5) Observado fratura de fibula distal
- 6) Realizado redução cruenta + fixação com placa A-LCP tipo terço de cano com 2 parafusos corticais, sendo um deles transsídesmoidal e 4 parafusos bloqueados
- 7) Curativo estéril;
- 8) Retirado garrote do MIE
- 9) Observado boa perfusão distal ao fim do procedimento.

Dr. Abílio Cruz  
Ortopedia e Traumatologia  
03/08/2019

02

**HOSPITAL GETULIO VARGAS  
EMERGÊNCIA**



E: Abdômen

HV

Diagnóstico Inicial

*Febre, dor de TUT, cefaleia*

Exames Solicitados 1 - Patologia Clínica

① *Asmico pro fatorante União*

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Dr. Silvio Costa

Médico

CRM-PB-#A.188

Resultado de Exames

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim  Não  Motivo

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

Diag. Definitiva:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Definição do Caso:

Internamento  Cirurgia  Óbito  Termo de Alta a Pedido  Evadiu-se

Condicão de Alta:

Curado

Melhorado

Inalterado

Piorado

Óbito

Informação do Sérieço Social

Assist. Social:

Confirmação do Nome

Confirmação do Endereço

Providências

Alta

Transferência

Estudo de Caso

Exames Externos

Observações:

Assist. Social

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico

CRM/CRO

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

- Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e/ou os exames complementares e transporte se forem necessários.

Data:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade da Alta a Pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que desse ato possam advir.

Data:

Nº da Identidade:

Nome completo legível:

Assinatura:

Cadastramento: 04/07/2019 19:34 h EDILENERS

Impressão: 04/07/2019 19:34 h EDILENERS

Medico



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: GIL DIAS DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 741732

1.1 - Atendimentos em: 04/07/19

1.2 - Às 19 horas e 34 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 1124307

2.1 – Internado em: 04/07/19

2.2 - Alta em: 01/08/19

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO.

4. Tratamento: 1º CIRURGIA EM 04/07/19 – REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. 2º CIRURGIA EM 30/07/19 – REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍTESE DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO

DATA: 1.10.2019

HORA: 10:51:18

PASTA: 01.10.2019

TB

RS

Tadeu Buril  
Cir. Vascular  
CRM-3019

Dr. Tadeu Buril.



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

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PROPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	4/7/14	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO:	4/7/14
NOME COMPLETO DA VITIMA:	Gil Ribeiro da Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura luxação Tornozelo E		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico Tornozelo E Ato 3 18/12			
ALTA MÉDICA?	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
SE POSITIVO DESCREVER:			
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:			
<input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO POSSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
<input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			
GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL. (especificar o seguimento ou órgão atingido).			

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1°	Perônio e ombro e membro (limb)
2°	Adeno (+ + 14+) com rigidez articular
3°	Fractura de artrose interna e extrema
4°	Tornozelo com luxação, perda de extensão
5°	15% (moro)

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 14/7/14 a 18/12/14  
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADERAS.

(Assinatura)

22/12/14

local

data

Verifica  
Assinatura do Médico  
Assinatura e Currículo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME

GIL DIAS DA SILVA



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

5467512 SSP PE

CPF

033.766.684-93

DATA NASCIMENTO

15/04/1979

FILIAÇÃO

JOAO MANOEL DA SILVA

SEVERINA DIAS DA SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AD

Nº REGISTRO

02729907620

VALIDADE

03/12/2020

1ª HABILITAÇÃO

03/02/2003

OBSERVAÇÕES

sem observações

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

TIMBAUBA - PE

DATA EMISSÃO

03/12/2015

31823000944  
PE069900140

DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL

1217378150

PROIBIDO PLASTIFICAR

1217378150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES - MDC

DETRAN

CONTRAN

Nº 01-4667077669  
DETRAN - DE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
MOTOR: 12039  
PLA: 47-4251920

GIL DIAZ DA SILVA

MACAÉ/RJ - 22

4732 - 760 - 677-2900

ESTACIONAMENTO: 4732-760-677-2900

PASSEIO: 4732-760-677-2900

HONDA CG 150 FAN ESS

NOVA  
2012

474251950

2012

26-03

4.15

ESTACIONAMENTO: 4732-760-677-2900

NOVA  
2012

4732-760-677-2900

09

4027151808572007

0.96

SEN RESERVA

ESTACIONAMENTO

4732-760-677-2900

4027151808572007

09

4027151808572007

0.96

PE Nº 01-4667077669

DETRAN - DE  
BILHETE DE REGISTRO DE  
VÍEL DÍAS DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO REGISTRO DE  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES DE USO DE CONDUÇÃO

SAC 0800 280 62 604

**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**

Número do Sinistro: 3190664535  
Nome do(a) Examinado(a): Gil Dias da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Sit Xixa, S/N  
Zona Rural Macaparana PE CEP: 55865-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 5467512  
Data local do acidente: [ 04/07/2019 ]  
Data local do exame: [ 06/12/2019 ] RECIFE [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO**

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

**Tratamento: FIXADOR EXTERNO, OSTE OSSINTSESE, FISIOTERAPIA**

**Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR.**

**Data da Alta: VITIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**

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

**VITIMA COM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA LOCAL, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, DORSAL A 10 GRAUS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (+++++), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRURGICA.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

**(X) Sim**  **Não**

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

**(X) Sim**  **Não**

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

**LIMITAÇÃO GRAVE DE TORNOZELO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR, EDEMA LOCAL**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. 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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**TORNOZELO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

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

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

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves  
CPF - 045.955.274-03  
CRM/PE - 17742

LEONARDO NEVES  
CRM/PE - 17742

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664535      **Cidade:** Nazaré da Mata      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GIL DIAS DA SILVA      **Data do acidente:** 04/07/2019      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Descrição do exame** VITIMA COM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA LOCAL, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, FÍSICO: DORSAL A 10 GRAUS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++-+ +), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

**Resultados terapêuticos:** FIXADOR EXTERNO, OSTEOSÍNTESE, FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUais DO TORNOZELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664535      **Cidade:** Nazaré da Mata      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GIL DIAS DA SILVA      **Data do acidente:** 04/07/2019      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DE TORNOZELO ESQUERDO.

**Descrição do exame** VITIMA COM EDEMA EM TORNOZELO ESQUERDO, COM EDEMA LOCAL, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A 20 GRAUS, FÍSICO: DORSAL A 10 GRAUS, CLAUDICAÇÃO DA MARCHA (++-+), PRESENÇA DE CICATRIZ CIRÚRGICA.

**Resultados terapêuticos:** FIXADOR EXTERNO, OSTEOSÍNTESE, FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 06/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** O EXAME FÍSICO DESCrito DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO TORNOZELO ESQUERDO, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>18,75 %</b>	<b>R\$ 2.531,25</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664535      **Cidade:** Nazaré da Mata      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GIL DIAS DA SILVA      **Data do acidente:** 04/07/2019      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,4,6,7,8,10

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ P12

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.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190664535      **Cidade:** Nazaré da Mata      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GIL DIAS DA SILVA      **Data do acidente:** 04/07/2019      **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 02/12/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA LUXAÇÃO DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO. P3,4,6,7,8,10

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @ P12

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.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421751/19

**Vítima:** GIL DIAS DA SILVA

**Data do acidente:** 04/07/2019

**CPF:** 033.766.684-93

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** GIL DIAS DA SILVA

**Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**GIL DIAS DA SILVA : 033.766.684-93**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 28/11/2019  
Nome: GIL DIAS DA SILVA  
CPF: 033.766.684-93

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/11/2019  
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

---

GIL DIAS DA SILVA

---

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 29 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190664535**

**Vítima: GIL DIAS DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GIL DIAS DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 03 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190664535**

**Vítima: GIL DIAS DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/07/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), GIL DIAS DA SILVA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 20 de Dezembro de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190664535**      **Vítima: GIL DIAS DA SILVA**

**Data do Acidente: 04/07/2019**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GIL DIAS DA SILVA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =      R\$ 2.531,25

**Recebedor: GIL DIAS DA SILVA**

**Valor: R\$ 2.531,25**

**Banco: 104**

**Agência: 000000877**

**Conta: 0000012092-9**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

**NOTA:** O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

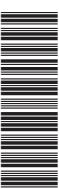
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

2 - NPI do sistema ou ASL:

3 - CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

4 - CPF da vítima: **023-16-084-93** Gil Ricos de Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP. Nº 465/2012

5 - Nome completo:

**Gil Ricos de Silva**

6 - CPF:

**023-16-084-93**

7 - Profissão:

**Ricardo**

8 - Endereço:

**Si Zica**

9 - Número:

**550**

10 - Complemento:

**Zona Rural**

11 - Bairro:

**Macaparana**

12 - Cidade:

**PE**

13 - Estado:

**PE**

14 - CEP:

**52808-000**

15 - Telefone:

**(83) 99304-6991**

16 - E-mail:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - FAIXA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR

R\$1,00 A R\$1.000,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Ausente ou inexistente)

CONTA CORRENTE (digite os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (342)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **001**

CONTA: **19009**

AGÊNCIA: **001**

CONTA: **001**

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a credenciar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/cremebolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente da trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordar do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (no Civil)

Divorciado

Separado (não judicialmente)

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compatriônico(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou compatriônico(a), informar o nome completo:

28 - Vítima:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar:

Viventes:

Relacionar:

30 - Vítima deixou herdeiros (não herdeiros legítimos):

Sim

Não

31 - Vítima teve herdeiros?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar:

Viventes:

Relacionar:

33 - Vítima deixou parentais vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider negará, caso devidamente identificada, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem a provar esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO



35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo):

40 - Local e Data:

**Macaparana - PE - 28/11/19**

41 - Assinatura do Representante Legal (se houver):  
FPI-001-V002/2019

42 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

CAIXA

POUPANÇA

débito

6036890010752028365

6036  
GIL DIAS DA SILVA

VALID  
THRU

10/24

0877 013 00012092-9

mastercard.



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Exclina(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - CPF do segurado ou ASU:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 19 ANS/2012

5 - Nome completo:

Gil Quirin de Silva

6 - CPF:

7 - Número:

10 - Complemento:

7 - Profissão:

8 - Endereço:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Cidade:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel (DDD):

(61) 9304-6999

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VITIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR  
 SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00  
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUFÂNCIA (Sómente para os bancos abaixo, informar conta número) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (201) Caixa Econômica Federal (104) CONTA CORRENTE (todas as linhas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

CONTA:

Inserir o dígito de verificação

19009

9

Inserir o dígito de verificação

AGÊNCIA:

Inserir o dígito de verificação

CONTA:

Inserir o dígito de verificação

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo a dívida, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

 Declaro, sob as penas de Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.394/74), afirmando que:

- Não há IMI, que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI, que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise de meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IMI, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, à custa da seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.394/74.

Declaro que esta autorização não significa privativa concorrente com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso dispare do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Vôivo24 - Data da  
morte da vítima:

25 - Grau Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(s):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(s), inserir o nome completo:

28 - Vítima:

 Sim Não

29 - Se tem filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou  
nascido(a)s: Sim Não31 - Vítima  
deve imóveis? Sim Não

32 - Se tinha imóveis, informar

Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou

páci/vivo(s)?

 Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso deva, a indenização do Seguro DPVAT por morte àquelas beneficiárias que se apresentarem e provarão a sua identificação, estando ciente, ainda, de que qualquer omisão ou declaração não verdadeira poderá ensejar a configuração de ressarcimento, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO AUTORIZADO

X

35 - Nome legível de quem assina o pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina o pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina o pedido (a rogo)

40 - Local e Data:

Maringá - PR 28/11/19  
Gil Quirin de Silva

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (não houver)

43 - Assinatura da vítima/beneficiário (destituída)

44 - Assinatura do Procurador (não houver)

FPL001 V002/2019

TESTEMUNHAS