

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



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, São Vito, Recife - PE CEP 50050-502
CNPJ 10.835.832/0001-01 INSC. EST. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

GIL DIAS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SILVEIRA 520

CPF 053.766.884-93

ZONA RURAL MACAPARANA/MACAPARANA R
MACAPARANA PE
55885-000

CLASSIFICAÇÃO

B2 RURAL
AGROPECUARIA RURAL

CONTA CONTRATO

7020274390

MES/ANO

09/2019

DATA DE VENCIMENTO

01/10/2019

DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA

25/10/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

23,27

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMIÇÃO
078790018	UNICA	24/09/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
24/09/2019	2001193627	8143791

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	36,000000	8,59243948	21,32
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,04
ICMS Subvenção CDE-TAF 671105830-25/07/19			0,18
Compensação ENEC 07719			0,26
TOTAL DA FATURA			23,27

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
913747793	CAT	24/09/2019	7.174,50	24/09/2019	7.410,00	29	1,00000		26,50

HISTÓRICO DE CONSUMO

MILHAR (M)

36719 36
40019 30
44119 30
48219 30
52319 30
56419 40
60519 30
64619 30
68719 40
72819 30
76919 30
81019 30

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
ICMS	22,26	16,00	3,56
PIS	22,26	0,65	0,15
COFINS	22,26	3,72	0,83

DECOMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Geração de Energia	R\$	9,08	34,50%
Transmissão	R\$	0,81	3,47%
Distribuição (Celpe)	R\$	4,91	21,02%
Perdas de Energia	R\$	1,52	6,54%
Energia Semelhante	R\$	1,15	4,92%
Tributos	R\$	5,09	21,90%
Total	R\$	23,36	100%

TABELAS APLICADAS

2,2174000

RESERVADO AO FISCO



SAMU
192

SECRETARIA DE SAÚDE

16:25

16:35

21:03

Data de Solicitação: 04/07/2019
Motivo de Solicitação: queda de moto

5649764.

☒ VIA PÚBLICA

☐ DOMICÍLIO

☐ Clínica

☐ Clínico

☐ MANEJO

☐ OBSTÉTRICO

☐ Causas Externas

☐ Causas Externas

☐ MANEJO

☐ PSQUIÁTRICO

☐ PROTEÇÃO DE ADOLESCENTES

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Gil Dias da Silva, 40 anos

Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino

Endereço: Perto do Abatedouro da Mauricéia

Endereço: Emerson

Endereço: BR-408

Endereço: Sítio Xixa - Timbaúba - Endereço da vítima

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE/VIOLENÇA)

Acid. Automotiva

Acid. Motocicleta

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

Acid. Outros

CAUSAS CLÍNICAS

Principais Clínicas: Queda de moto, com suspeita de Fratura no tornozelo.

Principais Clínicas: Fratura de Fibula distal "E"

Síntomas Clínicos

Temperatura

36,8°C

Pulso

96

PA: 120x90mmHg

Respiração

18

Saturação

96

Consciência

Alerta

Reflexos

Preservados

HIGU-5720186

HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 741732

Prontuário: 1124307

Nome: GIL DIAS DA SILVA

Data Naso: 15/04/1979

CPF: 03378665493

Endereço: SÍTIO XIXA

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55875970

Nome da Mãe: SEVERINA DIAS DA SILVA

Acompanhante: MARIA DE FATIMA

Nome do Conjugue:

Local de Procedência: OUTROS HOSPITAIS

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA = 57201SE (RELATA VINDO DO TRABALHO COLISAO MOTO - CARRO APRESENTANDO DOR - EDEMA -

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

2 - ATENDIMENTO

DATA: 02/05/2015 HORA: 19:04

Médico:

Exa Principal / HDA:

Leitura em história de colisão moto / carro com dor e edema de MIE
Dep. MIE: Severina

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☒

Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐

Colisão: Sim ☒ Não ☐

Atropelamento: Sim ☐ Não ☒

Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☒

Queimadura: Sim ☐ Não ☒

Condições de Imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☒

Observações:

Episódio Emético: Sim ☐ Não ☒

Tipo:

Tipo:

Local de Impacto:

Tipo:

Por:

Por que:

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☒

Motorista: ☐ Passageiro: ☐

Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☒

Transporte Realizado por:

Por que:

Exame Físico:

A: Geral

Vizagem esta peria: Sim ☐ Não ☒ O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp: ☐

CG: limbo, limbo, limbo, limbo

B: Respiratório

MU, ANT, VRA

C: Circulatório

PA: X mm Hg Pulso: X bpm

PCR, LIT, HUE, VRA

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular
Escore Hora:

Deficiência motora MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ ME ☐

Glasgow: Resposta Verbal
Escore Hora:

Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Resposta Motora
Escore Hora:

ECG: 15

MIE: Lesão da a. subclávia VV pulso





GIL DIAS DA SILVA		01124307	
741737	MASCULINO	40a-3m 17m	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CETRAU



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 (SEND0 01
TRANSSINDESMOIDAL) + 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

OBS:

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

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

DATA DA INTERNAÇÃO

04/07/2019

DATA DA ALTA

01/08/2019

Dr. Mauricio Cezar
Médico
CRM Nº 27599

Racife, 01 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº 27599

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordeiro - Racife - PE - 50630-060
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5500



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 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: 1ª CIRURGIA EM 04/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. 2ª CIRURGIA EM 30/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSÍNTESE DE FRATURA DO MALÉOLO LATERAL ESQUERDO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

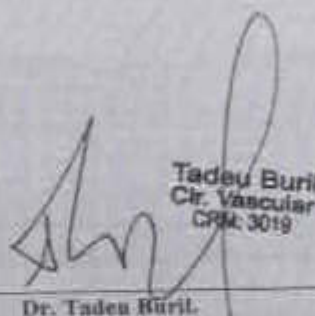
DATA: 1.10.2019

HORA: 10:51:18

PASTA: 01.10.2019

TB

RS


Tadeu Buril
Cir. Vascular
CRM: 3019
Dr. Tadeu Buril

**HEC**

Hospital Ermirio Coutinho

**Maria Lucinda**

Fundação Manoel da Silva Almeida

LAUDO PARA ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

Unidade de Saúde		Município		Região de Saúde	
Nome do Paciente <i>Sil Dias da Silva, 40 anos</i>					
Quadro Clínico <i>Doença crônica de evolução insidiosa há 10 (10) anos, relato de perda de consciência e (com náusea, vômito, dor e espasmo) e desorientação em período insidioso.</i>					
Diagnóstico <i>há 1 (um) de fratura em fratura distal.</i>					
1º REMOÇÃO	Destino <i>HCV - São Paulo, 5720186</i>		Município	H de Saída	H de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) <i>Assistência da Transmissão Ontem</i>				
	Assinatura do Médico Assistente <i>Medeiros Alexandre Rocha</i>		Nº do C.R.M. <i>14.116</i>	Data <i>04/02/19</i>	
2º REMOÇÃO	Destino		Município	H de Saída	H de Chegada
	Motivo (Registro Detalhado) <i>Fato: 1º) Reforço de 1º e 2º - 100 e IV</i>				
	Assinatura do Responsável		Nº do C.R.M.	Data	
Autorizo a Transferência					
Médico 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	
741737	MASCULINO	40a 3m 17d	CLÍNICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



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 + OSTEOSSÍNTESE COM PLACA ALCP + 02 PARAFUSOS CORTICAIS (SENDO 01 TRANSINDOESMOIDAL) + 04 PARAFUSOS BLOQUEADOS

OBS:

ORIENTAÇÕES: 1) CEFALEXINA 500MG; 01 CP, VO DE 6/6H 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 URGÊNCIA.

Condições Clínicas (no momento da Alta)

BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS

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

Dr. Mauricio Cezar
Mauricio
CRM 27559

Recife, 01 DE AGOSTO DE 2019

MAURICIO CEZAR MONTEIRO BERTINO - CRM: Nº.27559

HOSPITAL GETULIO VARGAS - HGV
Av. Gal. San Martin, S/N - Cordéis - Recife - PE - 50630-080
CNPJ - 10.572.048/0005-51
Fone - (81) 3184-5600



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



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

OBS: AVALIAÇÃO DO GRUPO DO PÉ/TORNOZELO

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

Dr. EMMANUEL COSTA
MR1
04/07/2019



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



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 antissepsia;
- 4) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 5) Observado fratura de fibula distal
- 6) Realizando redução cruenta + fixação com placa A-LCP tipo terço de cano com 2 parafusos corticais, sendo um deles transsiesmoidal e 4 parafusos bloqueados
- 7) Curativo estéril;
- 8) Retirado garrote de MIE
- 9) Observado boa perfusão distal ao fim do procedimento.

Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CRM 27940

02



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen	
PDU	
Diagnóstico Inicial: <i>Furto de TUF Emergência</i>	
Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica	
Exames Solicitados: 1 - Especializados	
Resultado de Exames: <i>Dr. Silvio Zonta</i> Médico CRM-22.188	
Tratamento / Procedimentos:	
Indicação Cirúrgica: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Motivo:	
Evolução de Enfermagem:	
Diag. Definitivo:	
Definição do Caso:	
<input type="checkbox"/> Internamento <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Termo de Alta a Pedido <input type="checkbox"/> Evadiu-se	
Condição de Alta:	
<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Melhorado <input type="checkbox"/> Inalterado <input type="checkbox"/> Piorado <input type="checkbox"/> Óbito	
Informação do Serviço Social	
Confirmação do Nome:	
Confirmação do Endereço:	
Providências: Alta <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Estudo de Caso <input type="checkbox"/> Exames Externos <input type="checkbox"/>	
Observações:	
Assist. Social:	
Assist. Social:	
Autorização para Alta / Internamento / Transferência	
Médico: CRM/CRO: Data: Hora:	
Termo de Responsabilidade Para Internamento:	
+ Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares e transporte se forem necessários.	
Data: Nome completo legível:	
Nº da Identidade: Assinatura:	
Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido:	
Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.	
Data: Nome completo legível:	
Nº da Identidade: Assinatura:	
Cadastro: 04/07/2019 19:34 h EDILENERS	
Impressão: 04/07/2019 19:34 h EDILENERS	

Medico



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 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: 1ª CIRURGIA EM 04/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + FIXADOR EXTERNO TRANSARTICULAR. 2ª CIRURGIA EM 30/07/19 = REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DO MALEOLO LATERAL ESQUERDO.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

DATA: 1.10.2019

HORA: 10:51:18

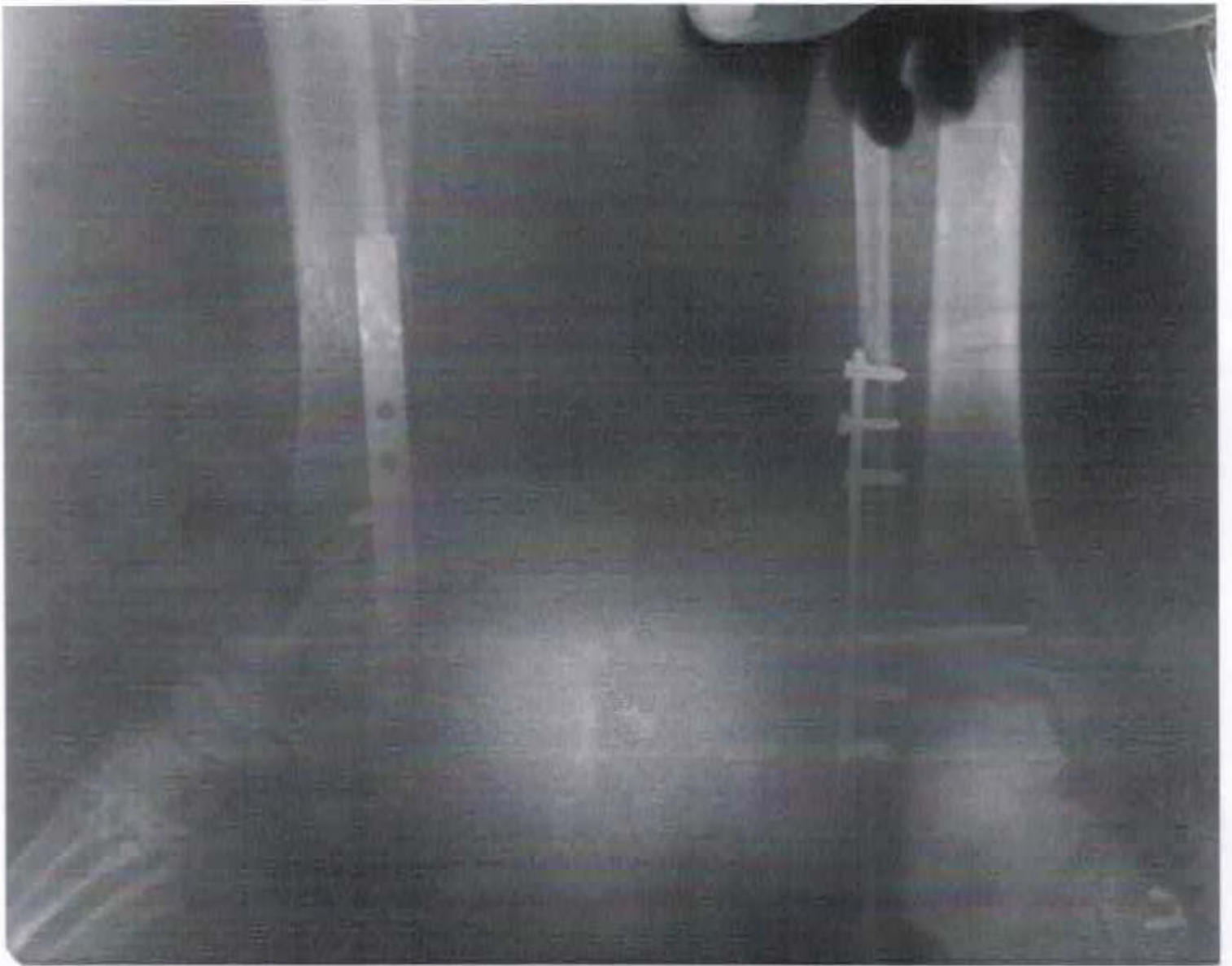
PASTA: 01.10.2019

TB

RS


Tadeu Burli
Cir. Vascular
CRM: 3019

Dr. Tadeu Burli.




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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 4/7/14	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 4/7/14
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Gil Dion da Silva	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura Luxação Tornozelo E	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento cirúrgico Tornozelo E Atto 5/8/14	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? SE POSITIVO DESCREVER: <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1°	Período de tratamento médico com
2°	Atendimento (7+14), com rigidez articular
3°	plano de rotacão interna e externa
4°	plano de flexão/extensão, perda de extensão
5°	45% grande

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 dias a 12 meses E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.		
Local: Corumbá	Data: 22/11/14	Assinatura e carimbo: 

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

Gil Dias da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL

TIMBAUBA - PE

DATA EMISSÃO

03/12/2015

[Signature]

ASSINATURA DO EMISSOR

31823000944
PE069900140

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1217378150

PROIBIDO PLASTIFICAR
1217378150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETTRAN - PE
Nº 014667077669
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

1 574251950
COD. DE REGISTRO 2013

GIL DIAS DA SILVA

MACAPARANÁ - PE

002 766.654-93

PEM2307

502221670CPS72007

PAS MOTOCICLETA

ALCO/54301

HONDA/CG 150 PAN EST

2012 2012

2P/149CL

PARTIC

PRETA

1 IPVA 2013 QUITADO

11

V

21

31

60 11

0.32 64.55

10/01/13

SEM RESERVA

PE Nº 014667077669
GIL DIAS DA SILVA

BIULETE DE SEGURO DPV

ESTE É O SEU BIULETE DE SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES DESEMPENHO DE COBERTURA

www.seguradordaviva.com.br
SAC DPVAT 0800 012 1004

MACAPARANÁ - PE

002 766.654-93

2013 10/01/13

474251950

HONDA/CG 150 PAN EST

2012

09

502221670CPS72007

PREMIO TARIFARIO

26.03

4.01

42.00

4.15

0.32

64.55

X Data Única

10/01/13

SEGURO DPVAT

**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, OSTEOSINTESE, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA 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 casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (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 (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Seqüela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio (X) 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

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

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


LEONARDO NEVES
Médico
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 físico: 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 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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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 físico: 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 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
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

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

Valoração 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

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

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

Valoração 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

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421751/19

Vítima: GIL DIAS DA SILVA

CPF: 033.766.684-93

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 04/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GIL DIAS DA SILVA

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 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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

GIL DIAS DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso

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

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

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, retorne 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ADI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

133766884-93 Gil Quares de Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 465/2013

5 - Nome completo:

Gil Quares de Silva

6 - CPF:

133766884-93

7 - Profissão:

Recebeu

8 - Endereço:

Si Xixa

9 - Número:

500

10 - Complemento:

Caraca

11 - Bairro:

Loma Rural

12 - Cidade:

Macaparna

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55260-000

15 - E-mail:

Recebeu

16 - Telefone:

(81) 99304 6999

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 - RENDA 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. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (342)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0007

CONTA:

13099999

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso 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 atenda 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

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

28 - Vítima tem filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou parentesco necessário?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem 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.

34

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

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

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Macaparna 28.11.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CAIXA

POUPANÇA

débito



603689 0010 75202 8365

6036

GIL DIAS DA SILVA

VALID
THRU

10/24

0877 013 00012092-9



mastercard.

