

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM FACE
LESÃO CORTO CONTUSO EM MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: APESAR DA APRESENTAÇÃO DO LAUDO DO IML NO QUAL FOI APONTADO DEBILIDADE PERMANENTE DE MEMBRO E EM CONFORMIDADE COM A LEI No. 6.194, DE 19 DE DEZEMBRO DE 1974, ARTIGO 5º, PARÁGRAFO 4º, NÃO FOI POSSÍVEL RELACIONAR AS LESÕES INFORMADAS AO ACIDENTE OCORRIDO, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO OU OUTROS HOSPITAIS ONDE TENHAM OCORRIDO ATENDIMENTOS, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- E/OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- E, EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

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	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM FACE
LESÃO CORTO CONTUSO EM MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: #SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL:
RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM ---- APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.
FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 11/02/2019 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL: RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 11/02/2019 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
			Total	
			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas permanentes: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL: RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 11/02/2019 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
			Total	
			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.
FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 11/02/2019 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
			Total	
			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 30/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.
FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO DIREITO.
LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MÃO DIREITA.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DE COTOVELO DIREITO E RESIDUAL DE MÃO DIREITA.

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA PERICIADA EM 11/02/2019 APÓS FEITA REANÁLISE, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.

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
			Total	
			0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: ESCORIAÇÕES EM FACE
LESÃO CORTO CONTUSO EM MÃO DIREITA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
Total			0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

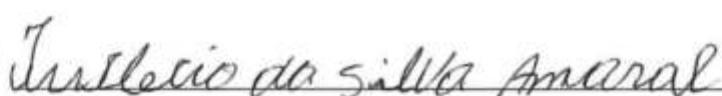
Nome: Juclecio da Silva Amaral, Nacionalidade: Brasileira, Estado Civil: solteiro, RG: 7.237.829, C.P.F: 057.802.274-54, Endereço: Rua Maria da Guia, nº 526, Lotto Morada Nova, Cidade/UF: Lagoa Grande/PE, CEP: 56395-000.

OUTORGADO:

Nome: Elvis Laion de Souza Lima, Nacionalidade: Brasileira, Estado Civil: Casado, Profissão: Advogado, OAB/PE nº: 47.573, RG: 1307251889, C.P.F: 079.896.474-00, Endereço: Rua Castro Alves, Nº 52, Centro, Cidade/UF: Lagoa Grande/PE, CEP: 56395-000.

Pelo presente instrumento de procuração particular, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, outorgando-lhes poderes especiais para Propor Ação de Cobrança e representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A** e suas respectivas consociadas, a fim interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher, assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários, inclusive, assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, e transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte. E ainda, como se fora eu próprio, requerer, retirar, propor, solicitar, acompanhar, providenciar quaisquer documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais e/ou estabelecimentos privados. Especificamente, Prontuários Médicos, Ficha de Primeiro Atendimento, Resumos de Altas, Laudos Médicos, Relatórios Médicos, Receituários, Descrições de Procedimentos Médicos, Boletins de Ocorrência (BO), Guias Para Exames Médicos e Fichas de Ocorrências que se encontrem em posse do Hospital de Urgências e Traumas - HUT, localizado na cidade de Petrolina - PE, Serviço de Ortopedia e Traumatologia Especializada - SOTE de Juazeiro - BA ou de Petrolina - PE, SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência ou de Ambulâncias, Polícia Civil de qualquer Estado, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Militar de qualquer Estado, Hospitais Municipais, Casas de Saúde, Postos de Saúde, Postos médicos de Pronto-Atendimento, Postos de Serviços Ambulatoriais, tudo com o fim especial de requerer a indenização de Seguro DPVAT, conforme o permitido por Lei.

Lagoa Grande – PE, 13 de novembro de 2018

Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por Autenticidade)



CARTÓRIO DO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LAGOA GRANDE

Rua Senador MARCOS FREIRE, 60 - CENTRO - CEP: 56395-000 / LAGOA GRANDE - PE - TEL: (87) 3869-9754

Reconheço por autenticidade a firma indicada de
JUCLECIO DA SILVA AMARAL
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
CARTÓRIO REGISTRO CIVIL E NOTAS DE LAGOA GRANDE, 13 de novembro de 2018.

LAGOA GRANDE - PE
CNPJ 44.885.000/0001-74
Nº de Inscrição 3.323

En testemunha: 
Brasilina Freire Lima dos Santos (2^a S)



PROCURAÇÃO PARTICULAR

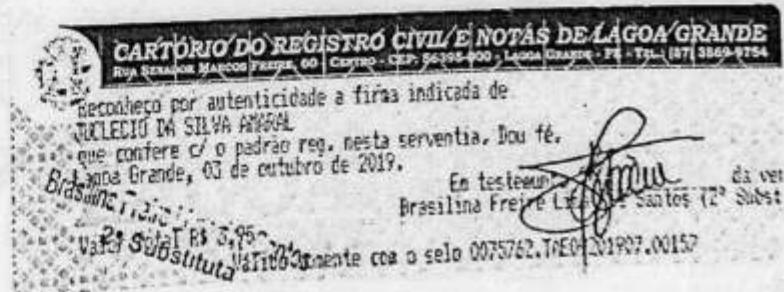
Outorgante: JUCÉLIO DA SILVA AMARAL
RG/CNH/CTPS: 7.237 829 CPF: 057 802 274-54
End: RUA MAREchal DA GOMA, 526 - LOT. MONARCA
NOVA - LAGOA GRANDE / PE 56395-000
NATUREZA: INVALIDEZ
DATA DO SINISTRO: 25.09.2018

Outorgado: THIAGO ANDRÉ MANGABEIRA DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 9071033 CPF: 079.529.654-17
End
RUA CARAVELA - 226 - ANEIA BRanca -
PETROLINA - PE

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao SEGURO DPVAT, que figura como vítima:
JUCÉLIO DA SILVA AMARAL
CPF: 057 802 274-54

LAGOA GRANDE, 03 de OCTUBRO de 2019

> Jucélio da Silva Amaral
(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022156/19

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

CPF: 057.802.274-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2018

Titular do CPF: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA : 079.896.474-00

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JUCLECIO DA SILVA AMARAL : 057.802.274-54

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2019
Nome: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA
CPF: 079.896.474-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022156/19

Número do Sinistro: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

CPF: 057.802.274-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2018

JUCLECIO DA SILVA
AMARAL

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA
CPF: 079.896.474-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022156/19

Número do Sinistro: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

CPF: 057.802.274-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2018

JUCLECIO DA SILVA
AMARAL

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO : 079.529.654-17

Comprovante de residência

Declaração Circular SUSEP 445/12

Documentos de identificação

Procuração

JUCLECIO DA SILVA AMARAL : 057.802.274-54

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: 09/10/2019
Nome: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 079.529.654-17

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

RAIANNE SILVA BARBOSA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0022156/19

Número do Sinistro: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

CPF: 057.802.274-54

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/09/2018

JUCLECIO DA SILVA
AMARAL

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 29/10/2019
Nome: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA
CPF: 079.896.474-00

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

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

Rio de Janeiro, 21 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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. 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, 24 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 07 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

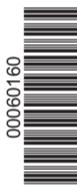
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 21 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190044888

Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na CIA EXCELSIOR DE SEGUROS, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 12 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888 Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Data do Acidente: 25/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.282,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Valor: R\$ 1.282,50

Banco: 104

Agência: 000002991

Conta: 0000065597-6

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.

Atenciosamente,



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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888 **Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL**

Data do Acidente: 25/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

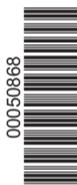
Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888 **Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL**

Data do Acidente: 25/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888 **Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL**

Data do Acidente: 25/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888 **Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL**

Data do Acidente: 25/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Carta nº 14978850

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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190044888 Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL**

Data do Acidente: 25/09/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888 **Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL**

Data do Acidente: 25/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888 **Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL**

Data do Acidente: 25/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

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

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190044888 **Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL**

Data do Acidente: 25/09/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/10/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	057.802.274-54	JUCLECIO DA SILVA AMARAL	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: JUCLECIO DA SILVA AMARAL			CPF: 057.802.274-54
Profissão: MECÂNICO	Endereço: RUA MARIA DA GUIA	Número: 526	Complemento: CASA
Bairro: LOTTO MORADA NOVA	Cidade: LAGOA GRANDE	Estado: PE	CEP: 56.395-000
E-mail: alfa_segurosdpvat@hotmail.com	Tel.(DDD): (87) 99637-0942		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0812** CONTA: **00138476** **3**
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
 (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Lagoa Grande-PE, 26 de Outubro de 2018**

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Juclecio da Silva Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

18 JAN. 2019

SEGURADO DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Judelcio da Silva Amanci

6 - CPF:

057 802 274-54

7 - Profissão:

motorista

8 - Endereço:

rua maura da guia

9 - Número:

526

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Lote. MONAS Novo

12 - Cidade:

LAGOS GRANDE

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56395 - 000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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:

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

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2991

CONTA: 65597

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de 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 discorde 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 Viúvo

24 - Data da morte 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 teve filhos, informar

29 - Se tinha filhos, informar

30 - Vítima deixou

31 - Vítima teve irmãos?

32 - Se tinha irmãos, informar

33 - Vítima deixou

34 - Impresão

digital da

vítima ou

beneficiário

não identificado

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)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 15/09/2019

Judelcio da Silva Amanci

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

**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: 3190044888
Nome do(a) Examinado(a): Juclecio da Silva Amaral
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria da Guia, 526
Lotto Morada Nova Lagoa Grande PE CEP: 56395-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7237829
Data local do acidente: [25/09/2018]
Data local do exame: [11/02/2019] Petrolina [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

**FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.**

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

Tratamento: LIMPEZA E SUTURA NA MÃO.DIREITA

CURATIVO ANTEBRAÇO DIREITO

MEDICAÇÃO PARA O TRAUMA OMBRO DIREITO

Complicações: PERDA DE PARTE DA EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO ULTIMOS (20 GRAUS).

PERDA DE 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS METACARPOS FALANGEANAS DOS 2 3 4 5.

Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

FERIMENTOS CICATRIZADOS.

PERDA DE 20 GRAUS DE EXTENSÃO DO COTOVELO, E DE 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS 2 3 4 5 METACARPOS FALANGEANAS.

- 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:

PERDA DOS ULTIMOS 20 GRAUS DA EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO.

PERDA DOS ULTIMOS 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS METACARPO FALANGEANS DOS 2 3 4 5 .

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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

MÃO - Lado Direito

% do dano: **(X) 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

COTOVELO - Lado Direito

% 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**

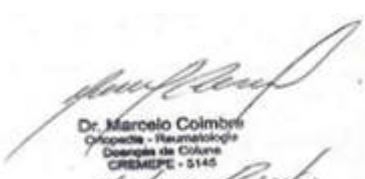
Região Corporal (Sequela):

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

- 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. Marcelo Coimbra
Ortopedista - Reumatologista
Desportista de Coluna
CRM/PE - 5148
Márcio Paulo

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	057.802.274-54	JUCLECIO DA SILVA AMARAL	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo: JUCLECIO DA SILVA AMARAL			CPF: 057.802.274-54
Profissão: MECÂNICO	Endereço: RUA MARIA DA GUIA	Número: 526	Complemento: CASA
Bairro: LOTTO MORADA NOVA	Cidade: LAGOA GRANDE	Estado: PE	CEP: 56.395-000
E-mail: alfa_segurosdpvat@hotmail.com	Tel.(DDD): (87) 99637-0942		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

- CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

- CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **0812** CONTA: **00138476** 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:
(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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, **Lagoa Grande-PE, 26 de Outubro de 2018**

Nome: _____

CPF: _____

(* Assinatura de quem assina A ROGO

Jucelcio da Silva Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

EXCELSIOR SEGUROS

Assinatura

18 JAN. 2019

SEGURADO DPVAT

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

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: 01/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.282,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02991

CONTA: 00000065597-6

Nr. da Autenticação 61C5D456484A6DB7



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
FRANCISCO RICARDO SILVA

CPF: 029.295.714-09 NIS: 16240804378

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COMPLEXA
Monofamiliar

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA DA CUNHA 576

LOTTO MORADA NOVA/LAGOA GRANDE
LAGOA GRANDE PE
56305-000

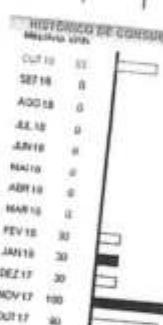
Nº DA NOTA FISCAL: 035527808 | SÉRIE: UNICA | EMISSÃO: 17/10/2018
APRESENTAÇÃO: 17/10/2018 | Nº DO CLIENTE: 300.0000017 | Nº DA INSTALAÇÃO: 0000000000

CONTA CONTRATO
4010764420
DATA DE VENCIMENTO:
24/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)
MÊS ANO
10/2018
DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
16/11/2018
86,37

Atualizado ao ICPCM-UF 001905518 - 27/10/17

WALON (RS)

TOTAL DATA FLOW



INFORMACIÓN DE TRABAJO			
	BASIS DE CALCULO	%	VALOR DE REFORTE
CMS			
IS	14.82	0.54	0.08
OPRHS	14.82	2.88	0.42

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Geração de Energia	R\$	7,32
Transmissão	R\$	0,89
Distribuição (I)	R\$	4,11
Perda de Energia	R\$	1,29
Encargos Saturáveis	R\$	0,80
Tributos	R\$	0,57
Total	R\$	14,82

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DURACAO E FREQUENCIA DAS INTERUPCOES				
PERÍODO	DIA/HORAS	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	SUMA ANUAL
DIC	0,00	0,00	0,00	0,00
FEB	0,00	0,00	0,00	0,00
MAR	0,00	0,00	0,00	0,00
Linha (exc) 0,00	EUSD - Valor da Estrutura de Linha de Sistemas de Controle e Monitoramento			

NÍVEIS DE TENSÃO	
TENSÃO NORMAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
220	202 - 231

CONTA CONTRATO N° 4010764420 MÊS ANO 10/2018 DATA DE VENCIMENTO

TOTAL AVERAGE -

86-37

CONTA CONTRATO
4010764420 MÉS ANO
10/2018 DATA DE VENCIMENTO
24/11/2018

DATA BY VENDEMAIOR

TOTAL AVERAGE -



A V TELECOMUNICAÇÕES EIRELI ME

RUA DOS MIGRANTES 103 - VILA EDUARDO



(85)3035-1355

PAGADOR

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA CPF/CNPJ: 079.896.474-00
 Endereço: RUA CASTRO ALVES, 52
 Bairro: CENTRO
 Cidade: Lagoa Grande UF: PE CEP: 56395-000

BENEFICIÁRIO

A V TELECOMUNICAÇÕES EIRELI - ME CNPJ: 40.847.352/0001-00
 Endereço: RUA DOS MIGRANTES 103 - VILA EDUARDO
 E-mail: setorcobranca@ateltelecom.com.br
 Cidade: Lagoa Grande Fone: (87)3876-2471

Extrato da Fatura

Serviço	Valor
MENSALIDADE - 11/2018	R\$ 69,90

Sua conta

ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Nº Doc: 1332848

Assinante: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

Valor: R\$ 69,90

Vencimento: 10/11/2018

Conexões: 217

Download: 12.0 GB

Upload: 1.5 GB

Tempo Utilizado: 176:36:01

Período: 11/10/2018 à 10/11/2018

Linha digitável: 03399.81169 01600.000150 10375.701017 9 7704000006990



Agência/Código do Beneficiário 4008/8116016

Nosso número 0000015103757



	033-7	03399.81169 01600.000150 10375.701017 9 7704000006990			
Local do Pagamento: PAGÁVEL EM QUALQUER BANCO ATÉ O VENCIMENTO					Vencimento 10/11/2018
BENEFICIÁRIO A V TELECOMUNICAÇÕES EIRELI - ME - CNPJ: 40.847.352/0001-00					Agência / Código do Beneficiário 4008/8116016
Data Documento 17/10/2017	Número Documento 1332848	Espécie Doc. DM	Aceite N	Data Processamento 10/11/2018	Nosso Número 0000015103757
Uso Banco	Carteira 101 - COM REGISTRO	Espécie R\$	Quantidade	Valor	Valor do Documento R\$ 69,90
Instruções (texto de responsabilidade do Beneficiário) Após o vencimento pagar só nas agências do BANCO SANTANDER. Multa de 2% após vencimento e, juros de 1% a.m.					(-) Desconto / Abatimento
					(-) Outras Deduções
					(+) Multa / Mora
					(+) Outros Acréscimos
					(=) Valor Cobrado
PAGADOR ELVIS LAION DE SOUZA LIMA RUA CASTRO ALVES, 52 - CENTRO Lagoa Grande/PE - CEP: 56395-000			CPF / CNPJ 079.896.474-00		



Autenticação Mecânica / FICHA DE COMPENSAÇÃO



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 50050-902
 CNPJ 10.835.832/0001-03 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO RICARDO SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MARIA DA GUIA 526

CPF 029.255.714-09 NIS 16246884378

LOTTO MORADA NOVA/LAGOA GRANDE
 LAGOA GRANDE PE
 56395-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
 B2/ARENA COM NS

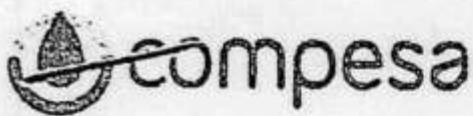
CONTA CONTRATO	MES/ANO
4010764420	09/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA ALEATORIA
20/09/2019	16/10/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	6,41

DATA NOTA FISCAL	SÉRIE	DATA EMISSÃO
077415521	UNCA	13/09/2019
EXPRESSÃO	NP/CO/CIENTE	Nº DA INSCRIÇÃO
13/09/2019	2002682017	1858868

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADES	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo ate 30 kWh	30.0000000	0,19198125	5,75
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,43
Multa por atraso-NF 073576220- 15/09/19			0,18
Juros por atraso-NF 073576220- 15/09/19			0,05

TOTAL DA FATURA



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA SIMPATIA - NUM. - 00070 - CENTRO PETROLINA
PE 56304-440

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA: 18660814 Mai/2019

SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
R DA CANAFISTULA, N. 00225 - - AREIA BRANCA PETROLINA PE 5633
0-035

INSCRIÇÃO: 111.860.339.0010.980 GRUPO: 18 DEB. AUTOMÁTICO: 018660814

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO LIGADO	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1		
HIDRÔMETRO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (A/E)	
A11U157642	14/05/2019	13/06/2019	REAL / N MEDIDO	

ÁGUA:

LEIT ANT: 2527 CONSUMO: 37
LEIT ATU: 2564
LEIT FAT: 2564

ESGOTO:

LEIT ANT: VOLUME: 37
LEIT ATU:
LEIT FAT:

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
			EXIG.	PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
04/2019	27 /27	TURBIDEZ		130	130	128
03/2019	36 /36	COR APARENTE		130	130	125
02/2019	32 /32	CLORO RESIDUAL		130	130	130
01/2019	25 /25	COLIF. TOTAIS		130	130	125
12/2018	33 /33	E. COLI		130	130	130
11/2018	29 /29					

MÉDIA: 30 /30 Qualidade de Água: www.compresa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ATE 10 M3 - 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	10 M3	47,40
21 M3 A 30 M3 - R\$ 5,63 POR M3	10 M3	56,30
31 M3 A 50 M3 - R\$ 7,75 POR M3	7 M3	54,25

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ELVIS LAION DE SOUZA LIMA inscrito (a) no CPF sob o Nº 079.896474-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário JUCLECIO DA SILVA AMARAL inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.802.274-54, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima JUCLECIO DA SILVA AMARAL, inscrito (a) no CPF sob o Nº 057.802.274-54 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: Secretário Escolar Renda: R\$ 1300,00 e apresento os documentos comprobatórios: Comprovante de Residência, Comprovante de Renda e Profissão

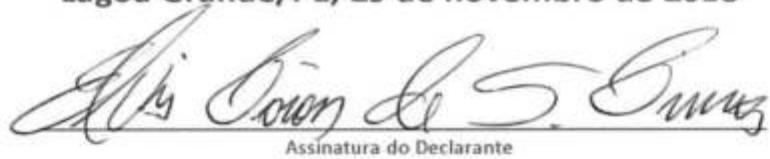
Recuso informar

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

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

Endereço	RUA CASTRO ALVES	Número	Complemento
Bairro	CENTRO	52	CASA
Cidade:	LAGOA GRANDE	Estado	PE
Email	alfa_segurosdpvat@hotmail.com	Telefone comercial (DDD) (87) 996370942	Telefone celular (DDD) (87) 988420399

Lagoa Grande/PE, 29 de novembro de 2018



Assinatura do Declarante





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

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APlicar PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI N°9.613/98.

Pelo exposto, eu Tiago Andrade Marques de Oliveira
inscrito (a) no CPF/CNPJ 079 529 654, 17 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Jucelino da Silva Amorim inscrito (a) no CPF sob o Nº 057 802 274, 54
do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Jucelino da Silva Amorim
inscrito (a) no CPF sob o Nº 057 802 274, 54, conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
 Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	<u>Rua Constantino</u>	Número:	<u>226</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Brasília</u>	Cidade:	<u>Petrolina</u>	Estado: <u>PE</u> CEP: <u>56320-025</u>
E-mail:				Tel.(DDD): <u>(81) 995024568</u>

Local e Data: Petrolina, 08 de outubro de 2019

Assinatura do Declarante

Ficha de Atendimento - Emergência

notif ATT

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51316271

Paciente: JUCLECIO DA SILVA AMARAL

Mãe: MARIA LUZIA DA SILVA

Endereço: RUA MARIA DA GUIA, nº 526 - MORADA NOVO / LAGOA GRANDE (PE)

CNS: 708003324729823 Doc. Identificação: 7237829 Nasc.: 04/12/1985 Idade: 32

Telefone: (null) null

ANAMNESE DO MÉDICO

Veneno filharia de colônias formosa hó 30 min; dor ventre; náuseas; ACV, AR = tem alterações; ABD = tem cítrico de urinárias; Fimex da mísima abstinência pelo lado e fio-fato submís; D.O. de limpeza e sulfato de ferro e óleo com crista.

Ira. Yza Neneca C. Braga
CRM-PB 281
CRM-FE 281

HU-UNIVASF
CONFERE CUM P. ORIGINAL
Data:

Michelle Mendes P. Cid
Assistente Administrativo
HU UNIVASF / EBSERH
SIAPE: 219.2962

EXCELSIOR SEGUROS
18 JAN. 2019
SEGURÓ DPVAT

Ass. Paciente: _____

Saida: ___ / ___ / ___ Hora: ___ : ___

Data de Impressão: 25/09/2018

Hora: 07.36

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: JUCLECIO DA SILVA AMARAL Chegada: 25/09/2018 07.20.18
 Sexo: MASCULINO Idade: 32
 Transporte: MEIOS PRÓPRIOS Data de Nascimento: 04/12/1985

Classificação de Risco

Queixa Principal:		FERIMENTOS EM FACE+ MSD + DORSO APÓS COLISÃO VANXCAÇAMBA HÁ 1H							
Fluxograma:		FERIDAS			Discriminador: EVENTO RECENTE				
Parâmetros:	Glicemia Capilar					Escala de Coma de Glasgow:			15
	Pulso			Ritmo:			Sat O2 (%):		
	Temperatura Timpânica			Escala de Dor:		4	PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:	CIRURGIÃO								
Classificador:	ADRIANA SOARES DE LIMA LEANDRO			COREN / CRM:	273643	Hora de Início CR:	25/09/2018 07.29.07	Hora de Fim CR:	25/09/2018 07.30.21

Reclassificação

Queixa Principal:									
Fluxograma:					Discriminado				
Parâmetros:	Glicemia Capilar					Escala de Coma de Glasgow:			
	Pulso			Ritmo:			Sat O2 (%):		
	Temperatura Timpânica			Escala de Dor:		4	PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos	MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos	URGENTE AMARELA Até 60 minutos	POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos	BRANCO		
Fluxo Interno:									
Classificador:				COREN / CRM:		Hora de Início CR:	_____ : _____	Hora de Fim CR:	_____ : _____

Michelle Mendes Pereira
 Assistente Administrativo
 HU-UNIVASF / EB8ERH
 SIAPF: 219.2962

HU-UNIVASF
 CONFIRMO COMO ORIGINAL
 03/10/2018



Prefeitura
Lagoa
Grande

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE

ATESTADO

DECLARAÇÃO

NOME: Fulvio da Silve Amaral IDADE: 32 Anos

UNIDADE DE SAÚDE: PSF

ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE / / À / /
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO FICANDO IMPOSSIBILITADO
DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUais.

COMPARCEU AO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE C10 - T119
NECESSITANDO DE 05 (CINCO) DIAS DE LICENÇA MÉDICA.

SE DECLARAÇÃO:

COMPARCEU AO AMBULATÓRIO NESTA DATA, HORÁRIO _____ h,
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUais.

COMPARCEU AO ACOMPANHANDO O PACIENTE: _____
NO DIA / /

DATA: 22/10/18

Dra. Luzimilia de S. Marques
Médica
CRM-PE 24751

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

CRM UF N°

Endereço Completo e Telefone:

Dra. Ludmilla de S. Marques

Cidade:

UF: Médica
CRM-PE 24751

Paciente:

Julio da Silve Amoraf

Endereço:

Prescrição:

700 mg

① Refilxine 500mg 10cp
Tomar 1 cp de 6/6 horas, durante
10 dias.

Dra. Ludmilla de S. Marques

Médica

CRM-PE 24751

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident.:

Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. DO FARMACÊUTICO

DATA: ____ / ____ / ____



SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA ESPECIALIZADA LTDA.

Rua 01, N° 01 - Alto da Maravilha - Tel.: (74) 3613-8888 / Fax: (74) 3613-8889 / 3613-8887
CNPJ: 13.971.890/0001-20 - CEP.: 48.904-580 - Juazeiro-BA - E-mail: sote@uol.com.br

LAUDO MEDICO

JUCLECIO DA SILVA AMARAL

RG :7237829-SSP/B

SOFREU ACIDENTE DE CARRO DIA 25/SETEMBRO 2018 -
COLISÃO DA CAÇAMBA + VAM – TRANSPORTE .ONDE
MORRERAM 04 PESSOAS .

TEVE FERIDA GRAVE NO OMBRO D+ ANTEBRAÇO D E MÃO
DIREITA COM PERDA DE TECIDOS COM LESÃO DE MUSCULOS E
TENDÕES . FEZ TRATAMENTO NO HOSPITAL DE TRAUMA COM
USO DE MEDICAMENTOS , CURATIVOS , PROCEDIMENTOS
MEDICOS E REPOUSO . ESTÁ DE ALTA DEFINITIVA NÃO HÁ MAS
TRATAMENTO FAZER – PORÉM FICOU COM SEQUELA
PERMANENTE , IRREVERSIVEL – LIMITAÇÃO DO MOVIMENTO
OMBRO D + COTOVELO D E DA MÃO DIREITA
PERCENTAGEM 60 % .

TRABALHA SERVIÇO PESADO - MECANICA

CID: S 510 S 517 S 663 T 922 T 920 .

JUAZEIRO-BA 09/11/2018 .

Roberto Bento de Alencar

CRM 357

Jr. Roberto B. Alencar
Ortopedia Traumatologia
CRM-BA 3.510 / 4087-PE
CPF: 035 868.985-68

0022750114

→ Juclécio do Nascimento Amorim DU 04.12.85 32 anos SG
F08 0033 2472 9823 apensado

22.10.18 * 32 anos -

Paciente com histórico de acidente automobilístico há ~28 dias, com trauma importante em M50. Apresenta dificuldade de movimento das dedas de mão (D), ombro (O) e abdução da cintura. No momento com ferimento novo, sem reação em antebraço (B).

OO Solite RX - M50 -

Atendido S. M. D.

Avaliação poss. da fissura ~~osteofítes~~
Orient.

~~osteofítes~~
CRM-PE 24751

30.10.18 * 32a

- Retorno c/ RX - Sem juncos de fratura (aparentemente)

OO: Encaminhado à fisio.

u ao ortopedista.

Orient.

Dra. Ludmilla de S. Marques
Médica
CRM-PE 24751

19.11.18 * 32a

Paciente foi avaliado por ortopedista o qual emitiu laudo com CID: S510; S517; S663, T922/T920. Sequela permanente, irreversível - limitação do movimento de Ombro (O) + cotovelo (C) & mão (M) por contagem de 60%.

OO: Fazendo laudo p/ INSS.

Orientações

Dra. Ludmilla de S. Marques
Médica
CRM-PE 24751

EXCELSIOR SEGUROS
04 FEV. 2019
SEGURO DPVAT

5190099888

francimara. pro59



Prefeitura
Lagoa
Grande

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS



SUS
SISTEMA
ÚNICO DE
SAÚDE

PACIENTE:

Jucilene da Silva Amorim

 M
 F

CARTÃO SUS:

MÃE:

RG:

DATA DE NASCIMENTO:

ENDEREÇO:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

FONE:

OCUPAÇÃO:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

Referência ao resultado da MS1

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

Dra. Bruna Vieira
CRM-BR 26129

Exames que não (10 séries)

CÓDIGO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: DATA



10 ABR 2019

AUTORIZAÇÃO: DATA

UNIDADE PRESTADORA

UNIDADE SOLICITANTE

DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO (S) EXAME (S)

DATA

HORÁRIO:

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

CASO NÃO ASSINE, APlicar o P polegar direito ao lado>

Unidade de Saúde: NASF

Nome: Jucélia do Nascimento Amaral Registro Nº _____

Laudo Fisioterapêutico

Declaro para os devidos fins de direito, que o paciente, supracitado, 33a., vítima de acidente (colisão entre dois automóveis), apresenta durante avaliação fisioterapêutica: diminuição da amplitude de movimento de antebraços (para extensão) e mãos (para flexão de dedos), ambos do MSD + paresia e parestesia de MSD. Portanto, incapaz de realizar suas atividades laborais.

Seque sob acompanhamento fisioterapêutico contínuo.



Dr. Giselle Skalet de J. Santos

Fisioterapeuta

CREFI/PE 234931-F



DATA: 09/05/2019

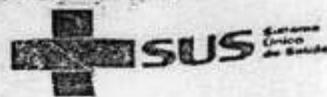
Assinatura e Carimbo



PREFEITURA
**Lagoa
Grande**



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE



RECEITUÁRIO

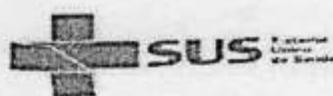
UNIDADE DE SAÚDE : _____

NOME: Jucelcio da Silva Amorim REGISTRO Nº _____

Jucelcio da Silva Amorim,
33 ave, Mecônico, s/nº.
requebra ferrosos no surto,
dureza rígida circunferência
inferior na dorso do m
de 1/3 proximal apreensão,
limidão do extensor e flexor
máximas do coxante e -
dores movimento s / 180°
Tendinitis - / 56.3 / 55/12

DATA: 26/19

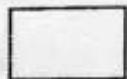
ASSINATURA E CARIMBO



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal José Henrique de Lima



ATESTADO



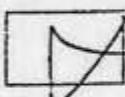
DECLARAÇÃO

NOME: Julcice da Silva Amorim IDADE: 33



ESTEVE HOSPITALIZADO NO PERÍODO DE / / Á / /
NECESSITANDO DE LICENÇA MÉDICA NESTE PERÍODO FICANDO IMPOSSIBILITADO
DE DESENVOLVER SUAS ATIVIDADES HABITUais.

CID: T922/T320/S663



COMPARECEU AO AMBULATÓRIO PARA CONSULTA DE
NECESSITANDO DE 15 - quinze DIAS DE LICEÇA MÉDICA.

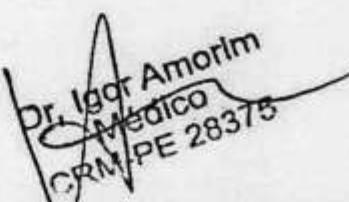


COMPARECEU AO AMBULATÓRIO NESTA DATA HORÁRIO _____ h
SENDO LIBERADO EM SEGUIDA PARA SUAS ATIVIDADES HABITUais.



COMPARECEU ACOMPANHANDO O PACIENTE:
NO DIA / /.

DATA: 17/07/19


Dr. Igor Amorim
Médico
CRM PE 28375

PROFISSIONAL
(ASSINATURA E CARIMBO)



Prefeitura
**Lagoa
Grande**



SESAU
Secretaria Municipal de Saúde
Lagoa Grande - PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO:

CRM : UF: Nº

ENDEREÇO COMPLETO E TELEFONE:

CIDADE: UF:

1*VIA FARMÁCIA

2* VIA PACIENTE

17/07/13

Dr. Igor Amorim
Médico
CRM-PE 28375

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO: *Uso local*

1) Anibpentina 30mg — 1x

• Tomar 1cp, de sté 8/8h, se dor

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME:	
IDENT:	ÓRG.EMISSOR:
ENDEREÇO:	ASS. DO FARMACÊUTICO
CIDADE:	DATA: / /
TELEFONE:	

funcional



SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS



PACIENTE: *Julio da Silva Amorim*

M F

MÃE:

CARTÃO SUS:

RG: DATA DE NASCIMENTO: / /

ENDEREÇO:

FONE: *9929-8041*

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

OCCUPAÇÃO:

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO:

*Paciente com limitação de movimento de MSD, após trauma.
Necessita de 10 sessões de fisioterapia motora;*

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

A Fisioterapia

CÓDIGO

*Dr. Igor Amorim
Médico
CRMPE 28375*

PROFISSIONAL SOLICITANTE: DATA

17/07/19

AUTORIZAÇÃO: DATA

UNIDADE PRESTADORA

UNIDADE SOLICITANTE

DATA E HORÁRIO DA REALIZAÇÃO DO (S) EXAME (S)

DATA

HORÁRIO

ASSINATURA DO USUÁRIO OU RESPONSÁVEL

CASO NÃO ASSINE, APlicar o P polegar direito ao lado>

RECEITUÁRIO

UNIDADE DE SAÚDE: CEAME

NOME: Jucécio da Silva Amaro REGISTO Nº _____

Laudo Fisioterapêutico

Declaro, para os devidos fins de direito, que o paciente, supracitado, 33 a., vítima de incidente automobilístico, apresenta durante reabilitação fisioterápica: déficit de amplitude de movimento do antebraço (para extensão) do ombro (para abdução) e mão (para flexão dos dedos), ambos do MSD + paresia eparestesia de MSD, reprovatórios à fisioterapia. Portanto incapaz de realizar suas atividades laborais.

Tal paciente, encontra-se com tratamento fisioterapêutico finalizado (alta definitiva).

Drº Giselle Skalet de J. Santos
FISIOTERAPEUTA
CREM 0-1 - 234931-F

DATA: 03 / 10 / 2019

ASSINATURA E CARIMBO

À Seguro DPVAT

VITIMA: FUCLECIDO DA SERRA AMARAL
SIN.: 3190 044888

Seguradora Não entendemos como vocês se
informa que o valor que a
vítima acima mencionada recebeu o valor
correto referente ao sinistro ocorrido com
o mesmo, nem marcar uma perícia para
que seja realizado.

~~Por favor informe-nos que a réplica que~~
o Sr. fuclecidio da serra amaral possui
seu piorando, não tem um agravamento
de sequelas, e qual é impossibili-
lita de exercer suas atividades cotidi-
âneas.

Pedimos com urgências que seja marcada
a perícia para realização da lesão em
que libere o valor que seja digno para o
mesmo.

Sou seu
Atenciosamente

THAGO ANDRÉ M. R. (Procurador)

Jurado - 2000

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RE-DATADO	7.237.829	DATA DE EXPEDIÇÃO	24/04/2017
ÓRGÃO	NAME		
FILIAÇÃO			
<< JUCLECIO DA SILVA AMARAL >>			
<< MARIO GOMES DO AMARAL >>			
<< MARIA LUZIA DA SILVA >>			
NATURALIDADE			
SANTA MARIA DA BOA VISTA - PE			
DATA DE NASCIMENTO			
04/12/1985			
DOC. ORIGEM			
<< CN. 13.123 LA40 F.204V CART.			
OURICURI-PE 16.06.1986 >>			
CRF			
057.802.274-54			
RESIDENCIAL C.R ALBERTO			
BASURANA DO PINTOR			
LEI N° 7.116 DE 24/08/83			
F-76 31.181 - 3022			



EXCELSIOR SEGUROS
18 JAN. 2019
SEGURADPVAT

PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
ESTADO MAIOR MUNICIONAL DE TANQUE
EXCELSIOR ASSOCIAÇÃO DE HABILITACAO

NOME: ELVIS LAION DE SOUZA LIMA

DOC. IDENTIDADE / CRD. EMISSOR / UF
1307251889 SSP BA

CPF
079.896.476-00 DATA NASCIMENTO
11/03/1988

PLACACAO
NAO DECLARADO

SUZANA MARIA DE SOUZA
LIMA

PERMISSAO
ACC
CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
04469865732
VALIDADE
20/04/2023
1ª HABILITACAO
03/10/2008

OBSERVAÇÕES
CAR

Ely Laios de S. Lima

ASSINATURA DO PÓSSESSOR
LOCAL: PETROLINA, PE
Ely Laios de S. Lima
Carlos Andrade Souza Almeida
Diretor Presidente
AUTORIZADA DO EMISSOR
611061110796
PE085547670

PERNAMBUCO

PROIBIDO PLASTIFICAR
1564747865

EXCELSIOR SEGUROS
18 JAN. 2019
SEGURADO PVAT

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

NOME

THIAGO ANDRE MANGABEIRA DE CARVALHO



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF

9071033 SDS PE

CPF

079.529.654-17

DATA NASCIMENTO

07/07/1996

FILIAÇÃO

MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE
DE CARVALHO
ROBERTA ALESSANDRA
MANGABEIRA ALBUQUERQUE

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

B

Nº REGISTRO

06256997236

VALIDADE

09/07/2019

1ª HABILITAÇÃO

11/12/2014

OBSERVAÇÕES

sem observações

Thiago Andre Mangabeira de Carvalho

THOMAS GREG & SONS

LOCAL

ASSINATURA DO PORTADOR

RECIFE - PE

DATA EMISSÃO

28/12/2015

Alfonsina
ASSINATURA DO EMISSOR

11801115410
PE070626146

DETTRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

PROIBIDO PLASTIFICAR

1219599325

1219599325

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima: 057.802.274.54	Nome completo da vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012				CPF: 057.802.274.54
Nome completo: JUCLECIO DA SILVA AMARAL		Número: 526	Complemento: CASA	Endereço: RUA Maria da guia
Bairro: Lotto morada nova	Cidade: Lagoa grande	Estado: PE	CEP: 56.395-000	Tel.(DDD): 99637-0942
E-mail: alfa_segurosdpavat@hotmail.com				

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: **2991** CONTA: **65597** 6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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 e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no CNI) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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.

Impronta digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Juclecio da Silva Amaral

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, / SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 43905 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 214A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA
Ofício nº. 73 / 2018 Data 9 / 11 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 214A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 12:27 do dia 9 de Novembro de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de JUCLECIO DA SILVA AMARAL filho(a) de MARIO GOMES DO AMARAL e de MARIA LUZIA DA SILVA, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Liso, estado civil Solteiro (a), aparentando a idade de 32 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de SANTA MARIA DA BOA VISTA - PE, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 7237829, profissão MECÂNICO, endereço RUA MARIA DA GUIA, nº 526, complemento: NÃO INFORMADO, bairro MORADA NOVA, telefone/s , (87)99989-8041 , LAGOA GRANDE - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Informa o examinado, que teria sido vítima de acidente automobilístico em 25/09/2018 e que recebeu atendimento médico no Hospital Universitário. Traz laudo médico, assinado por Dr Roberto B. Alencar, CRM/PE 4087, que descreve perda de tecidos, lesão muscular e de tendões em membro superior direito. Realizou tratamento conservador e encontra-se de alta definitiva.

DESCRÍÇÃO

Exame Físico:

Déficit de força em membro superior direito, com assimetria em relação ao esquerdo. Diversas lesões e escoriações em face lateral do antebraço direito.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Periciando vítima de instrumento de ação contundente com debilidade permanente de membro.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim Debilidade permanente de membro.

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Não.



Dr. Julio César Freire
Médico Legista
PE 22.634 Mat 380.536-3



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(ª). JÚLIO CÉSAR EUGÊNIO PEREIRA FREIRE -
CRM 22634-PE

Perito responsável

Dr. Júlio César Freire
Perito Médico Legista
PE 22 634 Mat. 366 536-3

T M 4390512018



Demostrativo de Pagamento

PREFEITURA MUNICIPAL DE JUAZEIRO

RUA 15 DE JULHO N 32
C.N.P.J. 13915632000127

JULHO/2018

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO E JUVENTUDE
SEDUC - ESC PROF IRACY NUNES
FUNDEB 40 - FUNDAMENTAL

Matrícula: 012021

Name: ELVIS LAJON DE SOUZA LIMA

Função: SECRETARIO(A) ESCOLAR III

Cargo Amplo: ASSISTENTE - Grupo 1

CPE: 079 896 474-00

RG: 1307251889

Classe: C6

Padrão: P1

Admissão: 30/01/2012

Regime: Concursado

Agência: BO-9

Conta: 0017446-2

Mensagem

Salário Base	Base INSS Outros	Base INSS	Base FGTS	FGTS Recolhimento	Base p/ IRRF	Faixa IRRF
1.409,15		1.520,27			1.489,85	

Emitido pela internet em 29/11/2018 às 11:43:44

A autenticidade desse documento pode ser verificada no endereço <http://www.juazeiro.ba.gov.br/app/juazeiro01/portaldoservidor/> digitando-se o código de controle impresso abaixo.

Código de Verificação: A2893AA7AE2362C

A rectangular stamp with a double-line border. The word 'EXCELSIOR' is written vertically along the left side, and 'SEGUROS' is written vertically along the right side. In the center, the date '18 JAN. 2019' is printed above the word 'SEGURO DPVAT'.

Destinatário: CIA Excelsior Seguros
Av. Marquês de Olinda, nº 1
Recife - Recife Antigo - PE,
CEP: 50.030-000.

Sinistro Nao

Vítima: Juônio da Silva Amaral

CPF: 057.802.274-54

Cobertura: Smealidez.



Remetente: Alfa Seguros Dpvat
(Elvis Kauion de Souza Lima)
Rua Castro Alves, nº 52, Centro
João Grande - PE, CEP: 56.395-00

Do Seguro DPVAT
nº do Processo: 3190 044888
vítima: Júlio César da Silva Amaral

Eu Júlio César da Silva Amaral, residente a
rua Maria da Graça, 526 - morada Vila -
Lagesa Grande - PE. Sofri um acidente de trânsito
em 25 de Setembro de 2018, onde dei entrada no
seguro DPVAT, e que teve um valor muito baixa.

Comunique à Seguradora que minha lesão
se agravou, solicitei seu para uma reab-
ertura no meu processo, pois com o decorrer
do tempo só veio piorar minha sequelas.
Fiz séries de fisioterapia e tomei vários
medicamentos, porém não houve melhorias,
conforme laudos médicos que estou encanado,
minhas sequelas só pioraram, estou impossibi-
lizado de exercer minhas atividades cotidianas
pois as sequelas são irreversíveis de caráter
permanente. Solicite imediatamente uma
reapreciação médica, pois preciso muito dessa
indemnização.

Lagesa Grande / PE 03 de Outubro de 2019

Júlio César da Silva Amaral

Do Seguro DPVAT
nº do Processo: 3190 044888
vítima: Júlio César da Silva Amaral

Eu Júlio César da Silva Amaral, residente a
rua Maria da Graça, 526 - morada Vila -
Lagesa Grande - PE. Sofri um acidente de trânsito
em 25 de Setembro de 2018, onde dei entrada no
seguro DPVAT, e que teve um valor muito baixa.

Comunique à Seguradora que minha lesão
se agravou, solicitei seu para uma reab-
ertura no meu processo, pois com o decorrer
do tempo só veio piorar minha sequelas.
Fiz séries de fisioterapia e tomei vários
medicamentos, porém não houve melhorias,
conforme laudos médicos que estou encanado,
minhas sequelas só pioraram, estou impossibi-
lizado de exercer minhas atividades cotidianas
pois as sequelas são irreversíveis de caráter
permanente. Solicite imediatamente uma
reapreciação médica, pois preciso muito dessa
indemnização.

Lagesa Grande / PE 03 de Outubro de 2019

Júlio César da Silva Amaral

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.

Descrição do exame FERIMENTOS CICATRIZADOS.

físico: PERDA DE 20 GRAUS DE EXTENSÃO DO COTOVELO, E DE 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS 2 3 4 5 METACARPOS FALANGEANAS.

Resultados terapêuticos: PERDA DOS ULTIMOS 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS 2 3 4 5 METACARPO FALANGEANAS DIREITA
PERDA DOS ULTIMOS 20 GRAUS DA EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			9,5 %	R\$ 1.282,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190044888 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUCLECIO DA SILVA AMARAL **Data do acidente:** 25/09/2018 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FERIMENTO DA MÃO E ANTEBRAÇO DIREITO.
CONTUSÃO NO OMBRO DIREITO.

Descrição do exame FERIMENTOS CICATRIZADOS.

físico: PERDA DE 20 GRAUS DE EXTENSÃO DO COTOVELO, E DE 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS 2 3 4 5 METACARPOS FALANGEANAS.

Resultados terapêuticos: PERDA DOS ULTIMOS 15 GRAUS DA FLEXÃO DAS 2 3 4 5 METACARPO FALANGEANAS DIREITA
PERDA DOS ULTIMOS 20 GRAUS DA EXTENSÃO DO COTOVELO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO MÃO DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/02/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			9,5 %	R\$ 1.282,50