
Rio de Janeiro, 16 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200148268

Vítima: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200148268

Vítima: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

Data do Acidente: 03/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000003016

Conta: 000984735247-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 307.619.094-43 4 - Nome completo da vítima: James Allan da Silva Tavares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: James Allan da Silva Tavares 6 - CPF: 307.619.094-43
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua Manoel Graciano 9 - Número: 49 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Parque Primavera 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55038-288
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 181 9.9258-3082

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3046 CONTA: 9847352475
(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) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 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 do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Caruaru 27/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 14ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - CARUARU**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0045009770

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/12/2019** às
15:04

ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - Culposos (Consumado) que aconteceu
no dia 3/9/2019 às 23:30

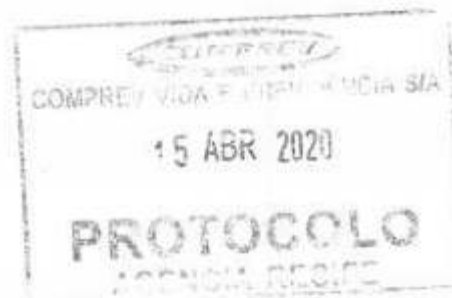
Fato ocorrido no endereço: **RUA SANTA MARIA DA BOA VISTA -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE CARUARU, 1 -
Bairro: BOA VISTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

**VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES**



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

**JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES (presente no plantão) - Sexo: Masculino Mês:
JOSENILDA LUIZA DA SILVA TAVARES Pai: SALATIEL FIGUEREDO TAVARES Data de
Nascimento: 11/6/1989 Naturalidade: CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
9943799/SDS/PE (RG), 19761999443 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU
COMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSÕES Telefones Celulares:
- 92259968**

**Residência: RUA MANOEL GLACILIANO DA MOTA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL
Próximo a: MUNICÍPIO DE CARUARU, 49, AP 101 - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA -
CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

01 MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): JAMES ALLAN DA SILVA

etim de Ocorrência

file:///C:/Users/Policia Civil/infopol/xml/BOEPreview.html

TAVARES, que estava em posse do(a) Sr(a): **JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 150 CROSSER** e Objeto apreendido: **Não**
Cor: **GINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PCT8397 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

VITIMA RELATA QUE ESTAVA TRAFEGANDO NO LOCAL CITADO NESTE BOE QUANDO FOI ATINGIDA POR UM VEICULO EM ALTA VELOCIDADE QUE NÃO PRESTOU SOCORRO A VITIMA. E ESTA FOI SOCORRIDA PELO SAMU.

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

James Allan da Silva TAVARES

JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES
(VITIMA)

LC
B.O. registrado por: **LUIS CARLOS DOS SANTOS** - Matrícula: **356820-8**



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: 307.619.094-43 4 - Nome completo da vítima: James Allan da Silva Tavares

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: James Allan da Silva Tavares 6 - CPF: 307.619.094-43
7 - Profissão: Recepcionista 8 - Endereço: Rua Manoel Graciano 9 - Número: 49 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Parque Primavera 12 - Cidade: Caruaru 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55038-288
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 181 9.9258-3082

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

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: 3046 CONTA: 9847352475
(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) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vairascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário com identificação

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Caruaru 27/02/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

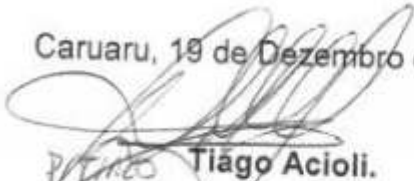


DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o Sr. **JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES** portador do CPF: 107.619.094-43 e RG: 9.043.780 SDS-PE, que consta nos registros de ocorrências Nº1909030462 do SAMU REGIONAL AGRESTE, atendimento realizado por esse serviço, ao mesmo no dia 03/09/2019 às 22h e 21min, no endereço RUA SANTA MARIA DA BOA VISTA, BOA VISTA, CARUARU-PE, com queixa de COLISÃO MOTO X CARRO tendo sido enviada UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando o mesmo para o HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 19 de Dezembro de 2019.


Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 19/12/2019

 JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03016

CONTA: 000984735247-5

Nr. da Autenticação A8BB9C5DE95E0AD9

ATENDIMENTO: RUA FR CANECA - NÚM. - 00152 - NAURICIO DE MASS

AU-CARIARIU-PE-55012-330

DADOS DO CLIENTE

MATRÍCULA:

103301305 Out/2019

JADIAEL JOSE DE OLIVEIRA

R MANUEL GRACIANO MOTA, N. 49 - APTO 101 - JARDIM PANORAMA CA

RIHARIU PE 55012-330

INSCRIÇÃO: 041 381 140 0113 000 GRUPO: 20 DER AUTOMÁTICO 103301305

SITUAÇÃO AGUA: SITUACAO LEITADO: RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

LIGADO: FACTIVEI DATA LEIT. ANTERIOR: DATA LEIT. ATUAL: TIPO DE CONSUMO (ME)

A108354075 03/10/2019 04/11/2019 REAL

AGUA:

LEIT ANT: 594 CONSUMO: 5

LEIT ATU: 599

LEIT FAT: 599

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

09/2019 05

08/2019 03

07/2019 05

06/2019 06

05/2019 05

04/2019 08

HEDIA: 05

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. RS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	169	169	169
COR APARENTE	169	169	169
CORO RESIDUAL	169	169	169
COLIF. TOTAIS	169	169	169
E. COLI	169	169	169

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 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

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

5 M3

44,08

CONSUMO RATEIO (M3): 0

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PG CONSUMO	44,08	1,65	0,73
	44,08	7,60	3,35

VENCIMENTO:

15/11/2019

TOTAL A PAGAR:

44,08

MENSAGEM:



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 539868

Prontuário: 344575

Nome: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

Data Nasc.: 11/06/1989

Idade: 30

Sexo:

MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPE: 10761909443

RG: 9043780

CNS: 162302225160000

Nº: 49

Endereço: RUA MANOEL GRACILIANO DO MOTA

Bairro: JARDIM PANORAMA

Cidade: CARUARU

CEP: 55024000

Fone: 992259960

Profissão:

Estado: PE

Nome da Mãe: JOSENILDA LUIZA DA SILVA TAVARES

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: CIRURGIA GERAL

COMPREV. VDA E PREVIDENCIA SIA

15 ABR 2020

2 - ATENDIMENTO

Data: 03/09/2019 23:20

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

MOTOCICLISTA VITIMA DE COLISÃO COM AUTO MOVEL. CMC 612. 122100
PELO SINAL. COM COLISÃO LATERAL. NEGIA QUESIONAR POR HAVIA CINTA DE
TE

Exame Físico:

A. VITA: 100% VERBA - CINTA LATERAL

B. MUC + CINTA ANT. POR EXPANSIBILIDADE. ROMPIDA

C. KIL 100 2T

D. 60% CINTA 15. DURANTE RODADA DE 15.

E. NESTO ESQUERDA. MÚSCULO EM JOELHO DIREITO

Diag. Provisório:

ROMPIMENTO.

PA: 110/70 FC: 72 FR:

SOLICITO: RA TÓRAX / PELO / CINTA LATERAL PANORAMICA /
JOELHO DIREITO.
ENC. A SINA VERBA.

Prescrição:

Dieta: ZERO

Horário

Data

03/09/19

1) SORO KIMBER MENTO 900 ml

2) DILUIÇÃO 500 g. de 10 + 10 em 1000.

3) C666 + 100

IM

20/45h

TC: FRATURA DO PISTO LATERAL ESQ. CI

DESMOLDO UNILATERAL EM FAPOLARICA

EXTREMIDADE LATERAL.

PACIENTE OPTA PELA TIO CASEIRO

APARELHO GESSADO INCLINOPOLICO

Dr. Alexandre Rego Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 20817 / TEDT 14908

2001

[illegible]☐ Paciente ☐ Familiar

Notes

RG

Tel:

Endereço:

Data:

Assinatore

COMPLETADO POR: Paciente

Nome:

Endereço:

Procedimento:

~~15 APR 2020~~

Tel:

PROTOCOLLO
AGENZIA REGIONALE

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

Alta () Cirurgia () Óbito () Evadido () Torno de Alta a pedido ()
Transferência: () Internamento ()

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____/____/____ Hora: ____ Médico: ____

CRM:

03/09/2019 23:21:22
2 de 2

Usuario do Atendimento

JOSEPHAS

COMPRESSOR

45 APR 2029

PROTOCOLLO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: James Aluan da Silva Tavares

Prontuário: 366525

Data: 31/09/2019

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

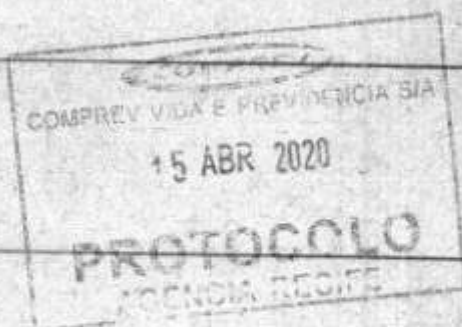
FRATURA DO PUSTO TIBIAL DIREITO

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

RETORNO CI 15 DIAS

TRATAMENTO REALIZADO:

TTO CASELADO



Alta Hospitalar: Data: / /

Hora: _____

Alexandre Rêgo Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM 20817 / RQE 14909

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

Alexandre Rêgo Filho

ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA
CIRURGIA DO JOELHO



LAUDO MÉDICO

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NO DIA 03/09/2019 EVOLUINDO COM FRATURA DO PLANALTO TIBIAL DIREITO. FOI REALIZADO TRATAMENTO CONSERVADOR E ENCONTRA-SE DE ALTA, ENTRETANTO A PACIENTE REFERE EVOLUIU COM DOR LOCAL, CLAUDICAÇÕES E DIFICULDADE EM REALIZAR O ARCO DE MOVIMENTO COMPLETO.

SOLICITO AVALIAÇÃO DO PERITO DPVAT.

S82.1

quinta-feira, 19 de dezembro de 2019




Dr. Alexandre Rêgo Filho
Ortopedista/Traumatologista
Cirurgia do Joelho
RQE 8761 / TEOT 14909
CRMPE 20817

Rua Raul Paranhos, 139 - Maurício de Nassau CEP 55014-100
Fone: (81) 3721-7307 / (81) 37215981
Marcação Secretária Amanda Bezerra (WhatsApp): (81) 96584793



CENTRO DE MEDICINA DIAGNÓSTICA E TERAPIA

1º James Allan da
Líbia Taveira

Exercício ao Remend
Trainer

→ melhorar a força
→ melhorar o arco
de remonta.

Dr. Alexandre Rego Filho
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE 20817 / RQE 8761 / TEOT 141

RUA RAUL PARANHOS, 139 - MAURICIO DE NASSAU - FONE: (81) 3721-7307 / 3721-5581
(AO LADO DO LABORATÓRIO DA SANTA EFIGÊNIA)

DR. ALEXANDRE REGO
ORTOPEDIA
CIRURGIA DO JOELHO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HAULIERS

1304620076

NOME
JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / IF
9043780 EDS PE

CPF
107.419.094-43

DATA NASCIMENTO
11/04/1989

FUNÇÃO
BALATEIRO FIDUCIÁRIO
TAVARES
JOSEFILDA LUIZA DA
SILVA TAVARES

REGISTRO
06487658867

VALIDADE
23/05/2020

PRIMEIRA EMISSÃO
20/10/2013

OBSERVAÇÕES
NOME ALIV. Registrada

1304620076

LOCAL
CARUARU - PE

DATA EMISSÃO
31/10/2014

Assinatura do titular
James Allan da Silva Tavares

Assinatura do emissor
Detran - PE (CARUARU)

71835544038
25075729031

COMPRESSOR

15 ABR 2020

PROTOCOLO

AGÊNCIA TÉCNICA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200148268 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200148268 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES **Data do acidente:** 03/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 17/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO PLATÔ TIBIAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA PÁG 3

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0115429/20

Vítima: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

CPF: 107.619.094-43

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

Data do acidente: 03/09/2019

Titular do CPF: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES : 107.619.094-43

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: 15/04/2020
Nome: JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES
CPF: 107.619.094-43

JAMES ALLAN DA SILVA TAVARES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2020
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo
CPF: 064.485.714-50

Manuella Trindade Pessoa de Araujo