



Número: **0013360-67.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Santa Cruz do Capibaribe**

Última distribuição : **02/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.687,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ALBERTINO SEBASTIAO DA SILVA ALVES JUNIOR (AUTOR)		PEDRO GABRIEL PEREIRA DOS SANTOS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67775059	10/09/2020 16:22	ANEXO 1	Outros (Documento)

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 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:

☒ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00380624 3 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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

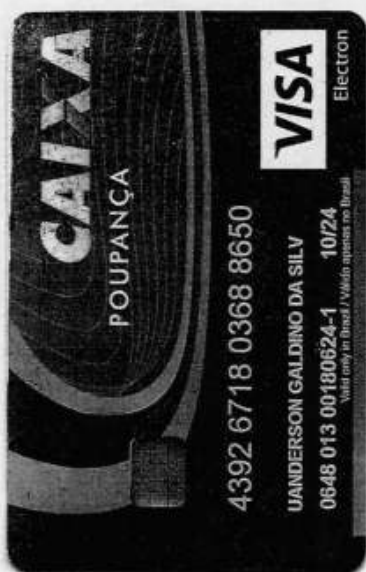
40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO -
DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0111001271

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/08/2019 às
09:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 3/8/2019 às 08:40

Fato ocorrido no endereço: AV SOFRONIO PORTELA, N 1, CENTRO, MORENO,
PROXIMO AO COLEGIO SOFRONIO PORTELA - MORENO/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE MORENO, 4 - Bairro: CENTRO -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADRIANE MARIA DA SILVA (OUTRO)
UANDERSON GALDINO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): UANDERSON
GALDINO DA SILVA

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

UANDERSON GALDINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês:
ELZA GALDINO DA SILVA Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 10/11/1994 Naturalidade:
MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9096400/SDS/PE (RG). 10213102430
(CPF). 0730677494 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares:
- 838514060

Residência: R. MARIA DE LOURDES, N 23A, OLARIA, MORENO PE -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE MORENO, 23 - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL

ADRIANE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: DESCONHECIDO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

27/08/2019

1 de 2

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/BOEP

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIENE MARIA DA SILVA**, que
estava em posse do(a) Sr(a): **VANDERSON GALDINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** (Status apreendido: Não)
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXU1380** (PERNAMBUCO/RIBEIRAO) Registro: **233381622** Chassi:
9C2NC4319AR034039
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Designação: **MOTOCICLETA HONDA CB 300 R CC, ANO 2010/2010**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NO DIA 03-08-2019, QUANDO ESTAVA indo para o seu
trabalho pilotando uma motocicleta Honda CB 300R, placa NXU 1380, cor
amarela, de propriedade Adirne Maria da Silva, veio a cair da referida
motocicleta, próximo ao Colégio Sofronio Portela, em Moreno-Pe,
momento este em que fora socorrido por um cidadão que estava
passando naquele local e que colocou a vítima em seu veículo e o levou
para a Maternidade ARLINDO MOURA, na cidade de Moreno-Pe, onde deste
hospital fora transferido para o Hospital Otávio de Freitas-Pe,
conforme documento de atendimento do referido hospital.

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

X Vanderson Galvão da Silva
VANDERSON GALDINO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: **MARCIO ALESSANDRO BEZERRA CORREIA** - Matrícula:
2058929

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 021ª CIRCUNSCRIÇÃO - MORENO -
DP21ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0111001271

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/08/2019 às
09:41

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 3/8/2019 às 08:40

Fato ocorrido no endereço: AV SOFRONIO PORTELA, N 1, CENTRO, MORENO,
PROXIMO AO COLEGIO SOFRONIO PORTELA - MORENO/PERNAMBUCO
/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE MORENO, 4 - Bairro: CENTRO -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
ADRIENE MARIA DA SILVA (OUTRO)
UANDERSON GALDINO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): UANDERSON
GALDINO DA SILVA

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

UANDERSON GALDINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês:
ELZA GALDINO DA SILVA Pai: NÃO INFORMADO Data de Nascimento: 10/11/1994 Naturalidade:
MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9096400/SDS/PE (RG). 10213102430
(CPF). 0730677494 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO
Profissão: SERVENTE DE PEDREIRO Telefones Celulares:
- 838514060

Residência: R. MARIA DE LOURDES, N 23A, OLARIA, MORENO PE -
MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE MORENO, 23 - CEP:
55000-000 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL

ADRIENE MARIA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade:
NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL



DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: DESCONHECIDO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

27/08/2019

1 de 2

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/SDS/infopol/xml/BOEP

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ADRIENE MARIA DA SILVA**, que
estava em posse do(a) Sr(a): **VANDERSON GALDINO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** (Status apreendido: Não)
Cor: **AMARELA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NXU1380** (PERNAMBUCO/RIBEIRAO) Registro: **233381622** Chassi:
9C2NC4319AR034039
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **GASOLINA**
Designação: **MOTOCICLETA HONDA CB 300 R CC, ANO 2010/2010**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NO DIA 03-08-2019, QUANDO ESTAVA INDANDO PARA O SEU
TRABALHO PILOTANDO UMA MOTOCICLETA HONDA CB 300R, PLACA NXU 1380, COR
AMARELA, DE PROPRIEDADE ADRIENE MARIA DA SILVA, VEIO A CAIR DA REFERIDA
MOTOCICLETA, PROXIMO AO COLEGIO SOFRONIO PORTELA, EM MORENO-PE,
MOMENTO ESTE EM QUE FOI SOCORRIDO POR UM CIDADÃO QUE ESTAVA
PASSANDO NAQUELE LOCAL E QUE COLOCOU A VITIMA EM SEU VEICULO E O LEVOU
PARA A MATERNIDADE ARLINDO MOURA, NA CIDADE DE MORENO-PE, ONDE DESTE
HOSPITAL FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS-PE,
CONFORME DOCUMENTO DE ATENDIMENTO DO REFERIDO HOSPITAL.

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

Vanderson Galdino da Silva
VANDERSON GALDINO DA SILVA
(VITIMA)

S.O. registrado por: **MARCIO ALESSANDRO BEZERRA CORREIA** - Matrícula:
2058929

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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\$1.000,00 ☐ 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)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00380624 3 AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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 (vai nascer)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprescrito digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife: 20 Setembro

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

DADOS CADASTRAIS

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 ☐ SEM RENDA ☐ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 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.

MORTE

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 (vai nascer)? ☐ 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.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Imprescrito digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FP5.001 V002/2019



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

Nome Paciente:	UANDERSON GALDINO DA SILVA
Cód. Paciente:	1088146
Data de Nascimento:	10/11/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	24
Senha:	EA0012
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3339247 
SAME:	1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: **FACTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE.**

Observação: **NEGA DM,HAS, ALEGIAS,PERDA DE SENTIDO,VOMITOS.**

Fluxograma sintoma: **PROBLEMAS EM EXTREMIDADES**

Discriminador(es): **- FRATURA EXPOSTA?**

Especialidade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

Nome Paciente:	UANDERSON GALDINO DA SILVA
Cód. Paciente:	1088146
Data de Nascimento:	10/11/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	24
Senha:	EA0012
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3339247 
SAME:	1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: **FACTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE.**

Observação: **NEGA DM,HAS, ALEGIAS,PERDA DE SENTIDO,VOMITOS.**

Fluxograma sintoma: **PROBLEMAS EM EXTREMIDADES**

Discriminador(es): **- FRATURA EXPOSTA?**

Especialidade: **ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA**

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



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:	14/01/2020
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:	1.687,50
--------------	----------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: UANDERSON GALDINO DA SILVA

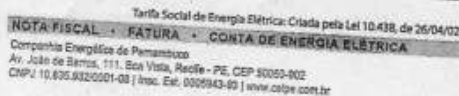
BANCO: 104

AGÊNCIA: 00648

CONTA: 000000180624-1

Nr. da Autenticação C516F56566FD550F





ANA PATRICIA NOGUEIRA BALUSTINO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MARIA DE LOURDES 23 A

CPF 115.491.514-01 NIS 23729150096

CLARIA/MORENO
MORENO PE
54800-000

E1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

Nº DA NOTA FISCAL	TOME	EMISSÃO
072703066	UNICA	06/05/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
08/08/2018	2016547238	1856381

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7028679461	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO
15/08/2019	09/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	29,04

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo 300 30 kWh			
Consumo Ativo superior a 30 até 120 kWh	30,0000000	0,19124009	5,73
Acréscimo Bandeira AMARELA	48,0000000	0,32784015	15,08
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,42
Contrib. Irm. Pública Municipal			0,41
Multa por atraso-NF 068780509 - 09/07/19			5,94
Multa por atraso-NF 0685037162 - 07/06/19			0,68
Juros por atraso-NF 068780509 - 09/07/19			0,37
Juros por atraso-NF 0685037162 - 07/06/19			0,13
Atualização IGPM-NF 068780509 - 09/07/19			0,30
Atualização IGPM-NF 0685037162 - 07/06/19			0,05
			0,19

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									29.04
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
ME73218	CAT	08-07-2019	12.676,00	08-08-2019	12.942,00	30	1,0000		76,00

Month	1978
AGO 18	76
JUL 18	85
JUN 18	73
MAY 18	80
APR 18	70
MAR 18	86
FEB 18	83
JAN 18	74
DEC 18	81
NOV 18	74
OCT 18	70
SEP 18	88
AGO 18	87

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR IMPOSTO
21,84	0,74	0,16
21,84	1,42	0,31

Descrição	Unidade	Valor	Porcentagem
Geração de energia	R\$	10,58	48,50%
Transmissão	R\$	1,26	4,90%
Distribuição (Cepel)	R\$	8,48	29,85%
Perdas de energia	R\$	2,23	9,36%
Encargos Setoriais	R\$	0,83	2,91%
Tributos	R\$	0,30	1,18%
Total	R\$	21,64	100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh

0 38378450

0.314202(8)

RESERVADO AO FISCO

493E B1A4 C48A 52CB D98C 2A88 E66B D88C

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible][illegible]

	CORRUBATO MORANO	VALOR APLICADO UNCF/07	LIMITE SEMANAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
SIC		1,48	6,19	10,36	20,77
PIC		3,00	3,30	6,60	13,20
DMIC		0,88	2,64	5,20	9,90

Limite DICR 17,22 8,52 - Valor do Encargo por Uso do Sistema de Distribuição - R\$ 10,36

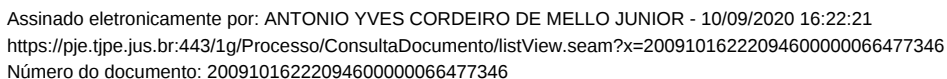
TENSÃO NOMINAL (V)	NÍVEL DE TENSÃO	
	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	mínimo	máximo
220	202	231

Lundberg DCH 17.22

ELSD - Valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 10,38

© 1999 by The McGraw-Hill Companies, Inc.

SEGURO DPVAT



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Eu, Adriane Maria da Silva
RG nº 10.316.144, data de expedição 25/02/2016
Órgão Feminino, portador do CPF nº 131.876.664-85
com domicílio na cidade de Ribeirão, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua dois, nº 51
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Uanderson Galdino da Silva, cujo o condutor era
Uanderson Galdino da Silva
Veículo: Moto Modelo: Honda/CB 300R Ano: 2010
Placa: MXU1380 Chassi: 9C2NC4310AR094039
Data do Acidente: 03/06/19

Local e Data: 36/09/2019

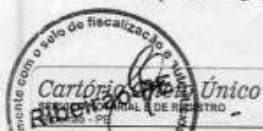
EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Adriane Maria da Silva
Assinatura do Declarante

Uanderson Galdino da Silva
Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de
(1) ADRIANE MARIA DA SILVA. Ribeirão,
16/09/2019, 15:02h. Ao Cartório: R\$ 3,59 -
TSNR: R\$ 0,80 - FERC: R\$ 0,40 - FERM: R\$
0,04 - FUNSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 4,91.
Selo(s): 0073791.JLX09201901.00104. Cristiana
de Oliveira Santos Marcelino 2a
Substituta



Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de
(1) UANDERSON GALDINO DA SILVA. Ribeirão,
16/09/2019, 15:11h. Ao Cartório: R\$ 3,59 -
TSNR: R\$ 0,80 - FERC: R\$ 0,40 - FERM: R\$
0,04 - FUNSEG: R\$ 0,08 - Total: R\$ 4,91.
Selo(s): 0073791.EKT09201901.00117. Cristiana
de Oliveira Santos Marcelino 2a
Substituta



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

	Nome Paciente:	UANDERSON GALDINO DA SILVA
	Cód. Paciente:	1088146
	Data de Nascimento:	10/11/1994
	Sexo:	Masculino
	Idade:	24
	Senha:	EA0012
	Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento:	3339247 
	SAME:	1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: ~~PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO~~
C/TRAUMA EM MIE.

Observação: NEGA DM,HAS, ALEGIAS,PERDA DE SENTIDO,VOMITOS.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

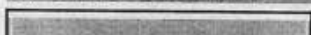
Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

	Nome Paciente: UANDERSON GALDINO DA SILVA
	Cód. Paciente: 1088146
	Data de Nascimento: 10/11/1994
	Sexo: Masculino
	Idade: 24
	Senha: EA0012
	Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
	Atendimento: 3339247 
	SAME: 1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor:  AMARELO.

Queixa Principal: PACTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE.

Observação: NEGA DM,HAS, ALEGIAS,PERDA DE SENTIDO,VOMITOS.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREIMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



 ****SES/FUSAM****
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: UANDERSON GALDINO DA SILVA
REGISTRO: 1088146 ALTA HOSPITALAR EM: 10/06/19

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: PÉ

MÉDICO: DR SANDRELLI

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 10/06/19

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO – CHEFIA DO AMBULATÓRIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
UANDERSON GALDINO DA SILVA
Sexo:
MASCULINO
CNS:
708606543360687

Idade:
24 Anos 6 Meses 24 Dias
Nasc.
10/11/1994
Contatos:
81. 87744011 | Celular: 81.

Mãe:
ELZA GALDINO DA SILVA

Endereço:
MARIA DE LOURDES, N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 03/06/2019 09:37
Prontuário: 1088146
Nº. Atendimento: 3339247
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
MEDICO PLANTONISTA

Admissão

— Queixa Principal —

— História Clínica —

QUEDA DE MOTO HOJE ÀS 7H.

— Exame Físico —

FERIMENTO PUNTIFORME EM TOPOGRAFIA DE MALEOLO MEDIAL TNZ ESQ. COM SANGRAMENTO ATIVO. FERIMENTO SUPERFICIAL EM DORSO DE MEDIOPE ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

— Observações —

RX: FRATURA MALEOLO MEDIAL ESQ COM DESVIO.
HD- FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQ

— Conduta —

TALA BOTA, CURATIVO. INTERNO P CIRURGIA DE URGENCIA.

Dra. Marina Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 15797 TEOT 11652
Unimed
RECIFE1034.0001.5797-2

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT



Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
UANDERSON GALDINO DA SILVA
Sexo: MASCULINO
CNS: 708606543360687

Idade: 24 Anos 6 Meses 24 Dias
Nasc. 10/11/1994
Contatos: 81. 87744011 | Celular: 81.

Mãe:
ELZA GALDINO DA SILVA
Endereço:
MARIA DE LOURDES, N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 03/06/2019 19:49
Prontuário: 1088146
Nº. Atendimento: 3339600
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Leito:

AREA VERDE ORTOPEDIA-VE-ORT03

Médico:

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

AVISO DE CIRURGIA:

DATA AVISO CIRURGIA:

ATENDIMENTO:

CÓDIGO PACIENTE:

03339600

01088146

NOME DO PACIENTE:

SITUAÇÃO CIRURGIA:

UANDERSON GALDINO DA SILVA

TIPO DE ANESTESIA:

COM CEC:

COM ROBÓTICA:

RAQUI ANESTESIA

CTD FINAL:

FRATURA DO MALEOLO MEDIAL - S825

Procedimento

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR - 0408050578

Material:

DATA / HORA INICIAL:

DATA / HORA FINAL:

03/06/2019

21:40

03/06/2019

22:25

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:

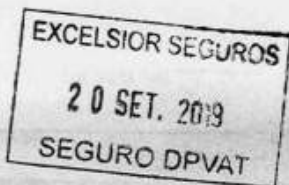
CIRURGIÃO: ROBERTO WANDERLEY

1 AUX.: GEOVANE JR

ANESTESISTA: ARTHUR

1. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA
2. APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
3. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FERIMENTO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO COM SF 0,9% + DESBRIDAMENTO
4. AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA DO MALEOLO MEDIAL ESQUERDO
5. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FOCO DE FRATURA COM SF 0,9%
6. SUTURA DE PELE COM MONONYLON 3.0
7. CURATIVO
8. TALA TIPO BOTA

OBS.: INDICADO OSTEOSSÍNTESE DE MALEOLO MEDIAL ESQUERDO (PRIMÁRIA), DEVIDO A MÍNIMA EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA (GRAU I), PORÉM DEVIDO A FALTA DE MATERIAL DE OSTEOSSÍNTESE (CAIXA 3.5), OPTADO POR LIMPEZA E DESBRIDAMENTO, COM OSTEOSSÍNTESE EM SEGUNDO TEMPO.



Dr. Roberto Wanderley
Ortopedia - Traumatologia
CRM 11431
RTEOT 7600

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejipió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500



HOF
Aprovado pelo Napt
Daniel A. Barreira
03.106.2019

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Dieta:

Horário

~~SEGURO DPVAT~~



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

2- CNES
426

3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

4- CNES
426

Identificação do Paciente

5- NOME DO PACIENTE

UANDERSON GALDINO DA SILVA

6- Nº DO PRONTUÁRIO

1088146

7- (CNS)

708606543360687

8- DATA DE NASCIMENTO

10/11/1994

9- SEXO

MASCULINO

11- NOME DA MÃE DO PACIENTE

ELZA GALDINO DA SILVA

12- TELEFONE DE CONTATO

81. 87744011 | Celular: 81.

13- NOME DO RESPONSÁVEL

14- TELEFONE DE CONTATO

15- ENDEREÇO DO PACIENTE

MARIA DE LOURDES, N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

QUEDA DE MOTO HOJE ÀS 7H. FERIMENTO PUNTIFORME EM TOPOGRAFIA DE MALEOLO MEDIAL TNZ ESQ, COM SANGRAMENTO ATIVO. FERIMENTO SUPERFICIAL EM DORSO DE MEDIOPE ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TORNO P CIRURGIA DE URGENCIA.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX: FRATURA MALEOLO MEDIAL ESQ COM DESVIO.

HD- FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQ

20- DIAGNÓSTICO INICIAL /24 - CID PRINCIPAL

FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828

21- CID 10 SECUNDÁRIO

22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTOS CIRURGICOS NAO ENCONTRADAS NA TABELA DO SUS - 0499999991

26- CLÍNICA

ORTOPEDIA E

TRAUMATOLOGIA

27- CARATER DA INTERNAÇÃO

URGENCIA E EMERGENCIA

29 - CPF DO CNS/ 30- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR)

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797

04047839450

31- DATA DA SOLICITAÇÃO

03/06/2019

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO

36- CNPJ DA SEGURADORA

37- Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

49- CNPJ EMPRESA

40- CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD ORGAO EMISSOR

46 Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

33 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
SOLICITANTE

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

03/06/19

Dra. Marina Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 15797
Unimed

RECIFE 03/06/2019

48 - CARIMBO E ASS. DO MÉDICO
AUTORIZADOR

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT



Laudo da fisioterapia

Declaro para os devidos fins que o paciente Wanderson Galdino da Silva, realizou tratamento fisioterapêutico no período de 19/04/19 a 25/11/19 com diagnóstico médico de fratura exposta de málula medial em tornozelo esquerdo, submetido a tratamento cirúrgico com colocação de parafusos em 03/06/19 após acidente de trânsito.

Na avaliação inicial foi observado: edema em MIE; diminuição de amplitude de movimento; déficit de grau de força muscular; dor à palpação e movimento.

Conduta: Alongamentos; mobilizações; exercícios ativos; treino de marcha; eletroterapia para analgesia

Paciente respondeu bem ao tratamento tendo evoluído com melhora no quadro.

Ana Claudia Melo
Fisioterapeuta
CREFITO 2182404



EU VANDERSON GALDINO DA SILVA
SINISTRO: 3190/544219 E CPF 108.131.024-30.
VENHO ATRAVES DESTA CARTA INFORMAR
QUE FUI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO
NO DIA 03/06/2019 COM O DR. ROBERTO WANDERLE
CRM 11431 E NO DIA 07/06/2019 FOI SUBMETIDO
POR OUTRA CIRURGIA, FICHA ASSINADA E
CARIMBADA POR DRA. MÔNICA MAGALHÃES,
CRM 26962.

AS FICHAS JÁ FORAM ENCAMINHADAS PARA
ANALISE,

09, OUTUBRO, 2019.

Vanderson Galdino da Silva





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Mãe: ELZA GALDINO DA SILVA
Endereço: MARIA DE LOURDES, N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE
Idade: 24 Anos 6 Meses 24 Dias
CNS: 708606543360687
Contatos: 81. 87744011 | Celular: 81.
Nasc. 10/11/1994

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 03/06/2019 09:37
Prontuário: 1088146
Nº. Atendimento: 3339247
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Admissão

Queixa Principal

História Clínica

QUEDA DE MOTO HOJE ÀS 7H.

Exame Físico

FERIMENTO PUNTIFORME EM TOPOGRAFIA DE MALEOLO MEDIAL TNZ ESQ, COM SANGRAMENTO ATIVO. FERIMENTO SUPERFICIAL EM DORSO DE MEDIOPE ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

Observações

RX: FRATURA MALEOLO MEDIAL ESQ COM DESVIO.
HD- FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQ

Conduta

TALA BOTA, CURATIVO. INTERNO P CIRURGIA DE URGÊNCIA.

Dra. Marina Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 15797 TEQ 11652
Unidade
RACFE034.0001.5797-2

MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

IRACI
12/06/19

PRÓTESE
1/1

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.048/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupió - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
Data Nasc.: 10/11/1994 Idade: 24
CPF: RG:
Endereço: MARIA DE LOURDES
Bairro: CENTRO
CEP: 54800970 Cidade: MORENO
Acompanhante:
Nome da Mãe: ELZA GALDINO DA SILVA
Nome do Conjuge:
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 3339247

Prontuário: 1088146

Nome Social:

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CNS: 708606543360687

Nº: 23

Estado: PE

Celular:

Profissão:

HOF
Atendendo pelo Napt
03.06.2019

2. EXAME FÍSICO

ENDIMENTO: Médico MEDIOPIANTHIS

Queixa Principal / HDA:

Vide prontuário eletrônico. Alegrado.

Dra. Mariana Hirschle
Ortopedia Traumatologia
CNS 15.07.18011652
RECIBO 03.06.2019

Exame Físico:

PA: FC: FR:

Diag. Provisório:

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

Nome Paciente:	UANDERSON GALDINO DA SILVA
Cód. Paciente:	1088146
Data de Nascimento:	10/11/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	24
Senha:	EA0012
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3339247
SAME:	1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: **AMARELO**

Queixa Principal: PACIENTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE

Observação: NEGA DM, HAS, ALEGIAS, PERDA DE SENTIDO, VÔMITOS.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTÓPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 03/06/2019 09:37

Nome Paciente:	UANDERSON GALDINO DA SILVA
Cód. Paciente:	1088146
Data de Nascimento:	10/11/1994
Sexo:	Masculino
Idade:	24
Senha:	EA0012
Convênio:	2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento:	3339247
SAME:	1088146

Período: 03/06/2019 09:45 - 03/06/2019 09:47

UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACTE PROCEDENTE DO HOSPITAL DE MORENO VITIMA DE QUEDA DE MOTO C/TRAUMA EM MIE.

Observação: NEGA DM,HAS, ALEGIAS,PERDA DE SENTIDO,VOMITOS.

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - FRATURA EXPOSTA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT

Acolhido(a) por: UBIRACILDA SALES DE LIMA - COREN: 120992 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/06/2019 09:47

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1





Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
UANDERSON GALDINO DA SILVA
Sexo: MASCULINO
CNS: 708606543360687
Mãe:
ELZA GALDINO DA SILVA
Endereço:
MARIA DE LOURDES, N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE

Idade:
24 Anos 6 Meses 24 Dias
Nasc.: 10/11/1994
Contatos:
81. 87744011 | Celular: 81.

Dados do Atendimento:

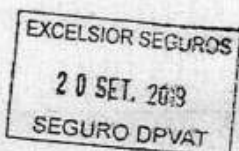
Data/Hora Atend.: 03/06/2019 19:49
Prontuário: 1088146
Nº. Atendimento: 3339600
Serviço: ORTOPEDIA E

Enfermaria/Letto:
AREA VERDE ORTOPEDIA-VE-ORT03

Médico:
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS SIH SUS

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA DETALHADA

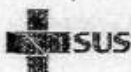
AVISO DE CIRURGIA:	DATA AVISO CIRURGIA:	ATENDIMENTO:	CÓDIGO PACIENTE:
		03339600	01088146
NOME DO PACIENTE:	SITUAÇÃO CIRURGIA:		
UANDERSON GALDINO DA SILVA			
TIPO DE ANESTESIA:	COM CEC: COM ROBÓTICA:		
RAQUI ANESTESIA			
CTD FINAL:			
FRATURA DO MALEOLO MEDIAL - S825			
Procedimento			
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR - 0408050578			
Material:			
DATA / HORA INICIAL:	DATA / HORA FINAL:		
03/06/2019 21:40	03/06/2019 22:25		
DESCRIÇÃO DA CIRURGIA:			
CIRURGIÃO: ROBERTO WANDERLEY 1 AUX.: GEOVANE JR ANESTESISTA: ARTHUR			
1. ASSEPSIA + ANTISSEPSE 2. APOSIÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS 3. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FERIMENTO NO DORSO DO PÉ ESQUERDO COM SF 0,9% + DESBRIDAMENTO 4. AMPLIAÇÃO DE FERIMENTO EM FACE MEDIAL DO TORNOZELO ESQUERDO COM EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA DO MALEOLO MEDIAL ESQUERDO 5. LIMPEZA EXAUSTIVA DE FOCO DE FRATURA COM SF 0,9% 6. SUTURA DE PELE COM MONONYLON 3.0 7. CURATIVO 8. TALA TIPO BOTA			
OBS.: INDICADO OSTEOSSÍNTESE DE MALEOLO MEDIAL ESQUERDO (PRIMÁRIA), DEVIDO A MÍNIMA EXPOSIÇÃO DE FOCO DE FRATURA (GRAU I), PORÉM DEVIDO A FALTA DE MATERIAL DE OSTEOSSÍNTESE (CAIXA 3.5), OPTADO POR LIMPEZA E DESBRIDAMENTO, COM OSTEOSSÍNTESE EM SEGUNDO TEMPO.			



Dz Roberto Wanderley
Ortopedia - Traumatologia
CRM 11431
EOT 7600

Hospital Otávio de Freitas - CNES: 426 - CNPJ: 10.572.043/0004-70
Rua Aprígio Guimarães, s/nº - Tejupá - Recife/PE CEP: 50.920-640 Fone: (81) 3182.8500





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1- NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	2- CNES 426	3- NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS	4- CNES 426
Identificação do Paciente			
5- NOME DO PACIENTE UANDERSON GALDINO DA SILVA	6- Nº DO PRONTUÁRIO 1088146	7- (CNS) 708606543360687	8- DATA DE NASCIMENTO 10/11/1994
9- SEXO MASCULINO	11- NOME DA MÃE DO PACIENTE ELZA GALDINO DA SILVA	12- TELEFONE DE CONTATO 81. 87744011 Celular: 81.	
13- NOME DO RESPONSÁVEL	14- TELEFONE DE CONTATO		
15- ENDEREÇO DO PACIENTE MARIA DE LOURDES, N.º 23 - : BAIRRO: CENTRO - CIDADE: MORENO - UF: PE			

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

QUEDA DE MOTO HOJE ÀS 7H. FERIMENTO PUNTIFORME EM TOPOGRAFIA DE MALEOLO MEDIAL TNZ ESQ. COM SANGRAMENTO ATIVO. FERIMENTO SUPERFICIAL EM DORSO DE MEDIOPE ESQ. BOA PERFUSÃO DISTAL.

18- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FRATRO P CIRURGIA DE URGENCIA.

19- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

RX: FRATURA MALEOLO MEDIAL ESQ COM DESVIO.
HD- FRATURA EXPOSTA TORNOZELO ESQ

20- DIAGNÓSTICO INICIAL / 24 - CID PRINCIPAL FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA - S828		21- CID 10 SECUNDÁRIO	22- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO / 25- CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PROCEDIMENTOS CIRURGICOS NAO ENCONTRADAS NA TABELA DO SUS - 0499999991			
26- CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	27- CARÁTER DA INTERNAÇÃO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA		31- DATA DA SOLICITAÇÃO 03/06/2019
28- NOME DO PROFISSIONAL (SOLICITANTE/ASSISTENTE/PRESTADOR) MARINA HIRSCHLE GALINDO - CRM: Nº.15797		04047839450	
PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
☐ 33- ACIDENTE DE TRÂNSITO	36- CNPJ DA SEGURADORA	37- Nº DO BILHETE	38- SÉRIE
☐ 34- ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	49- CNPJ EMPRESA	40- CNAE DA EMPRESA	41- CBOR
☐ 35- ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	42- VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
☐ EMPREGADO	☐ EMPREGADOR	☐ AUTÔNOMO	☐ DESEMPREGADO
☐ APOSENTADO		☐ NÃO SEGURADO	

AUTORIZAÇÃO

43- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	33- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO SOLICITANTE	47- DATA DA AUTORIZAÇÃO 03.06.19	46- CARIMBO E ASS. DO MÉDICO AUTORIZADOR
44- COD ORGAO EMISSOR	Dra. Marina Hirschle Ortopedia e Traumatologia Cirurgião de Coluna CRM 15797 - RBO 7 1088146 Unimed PE RECIFE 03-06-2019		
45- Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
48- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

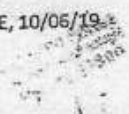
SEGURO.DPVAT



 ****SES/FUSAM****
HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL – PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: UANDERSON GALDINO DA SILVA
REGISTRO: 1088146 ALTA HOSPITALAR EM: 10/06/19
RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: PÉ
MÉDICO: DR SANDRELLI
MOTIVO: ACOMPANHAMENTO
RECIFE, 10/06/19

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO VISTO – CHEFIA DO AMBULATÓRIO
OBS:
A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



ANDERSON GALDINO DA SILVA
Identificação: 1088146 Idade: 24 Anos
Pedido: 3351910
Data do Pedido: 08/07/2019
Frame:
RADIOGRAFIA DE TORNOZELO ESQUERDO
PERFIL



HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
(SETOR RADIOLOGIA)

DATA: 02/06/2019 PRONT.: 1088146

PACIENTE: VANDERSON GALDINO DA
SILVA

EXAME RX: TOPOZELO E AP
PERFIL



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1757103444

PROIBIDO PLASTIFICAR
1757103444

Nome: **WANDERSON GALDINO DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **9095406 SDS PE**

CPF: **108.131.024-30** DATA NASCIMENTO: **10/11/1994**

PERMISÃO: **ELZA GALDINO DA SILVA**

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT. HAB: **A**

Nº REGISTRO: **07000677494** VALIDADE: **06/10/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **07/02/2018**

OBSERVAÇÕES:

Wanderson Galadino da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **VITORIA DE SANTO ANTAO, PE** DATA EMISSÃO: **11/02/2019**

Roberto Carlos Moreira Pinheiro
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

43893895267
PE091027764

DETRAN CONTRA

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

PE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1757103444

PROIBIDO PLASTIFICAR 1757103444

Nome: **WANDERSON GALDINO DA SILVA**

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF: **9095406 SDS PE**

CPF: **108.131.024-30** DATA NASCIMENTO: **10/11/1994**

PERMISÃO: **ELZA GALDINO DA SILVA**

PERMISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **ACC** CAT. HAB: **A**

Nº REGISTRO: **07000677494** VALIDADE: **06/10/2022** 1ª HABILITAÇÃO: **07/02/2018**

OBSERVAÇÕES:

Wanderson Galvão da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: **VITORIA DE SANTO ANTAO, PE** DATA EMISSÃO: **11/02/2019**

Roberto Carlos Moreira Pinheiro
ASSINATURA DO EMISSOR

PERNAMBUCO

43893895267
PE091027764

DETRAN CONTRA

EXCELSIOR SEGUROS
20 SET. 2019
SEGURO DPVAT



DETRAN - PE Nº 014801853974
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 233391622 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
ADRIANE MARIA DA SILVA

RIBEIRAO-PE

CPF / CNPJ 131.876.664-85 PLACA NYU1380

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2NC4310AR094039

ESPECIE TIPO **PAS / MOTOCICLETA** COMBUSTÍVEL **GASOLINA**

MARCA / MODELO **HONDA / CB 300P** ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2P/291CL CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **AMARELA**

COTA ÚNICA **IPVA 2019 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA 1ª *****
 P FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
 V 3ª *****
 A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 90.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 06/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL **RIBEIRAO** DATA 10/02/19
Roberto Carlos Moreira Fontelles
 Diretor Presidente DETRAN/PE

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT



DETRAN - PE Nº 014801853974
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD. RENAVAM 233391622 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
ADRIANE MARIA DA SILVA

RIBEIRAO-PE

CPF / CNPJ 131.876.664-85 PLACA NYU1380

PLACA ANT / UF ***** / PE CHASSI 9C2NC4310AR094039

ESPECIE TIPO **PAS / MOTOCICLETA** COMBUSTIVEL **GASOLINA**

MARCA / MODELO **HONDA / CB 300P** ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP / POT / CIL 2P/291CL CATEGORIA **PARTIC** COR PREDOMINANTE **AMARELA**

COTA ÚNICA **IPVA 2019 QUITADO** VENC. COTA ÚNICA 1ª *****
 P FAIXA IPVA 1 PARCELAMENTO / COTAS 2ª *****
 V 3ª *****
 A

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 90.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 06/02/19

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL **RIBEIRAO** DATA 10/02/19
Roberto Carlos Moreira Fontelles
 Diretor Presidente DETRAN/PE

EXCELSIOR SEGUROS

20 SET. 2019

SEGURO DPVAT



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder do
Consórcio do Seguro DPVA

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327235/19

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

CPF: 108.131.024-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/06/2019

Titular do CPF: UANDERSON GALDINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

UANDERSON GALDINO DA SILVA : 108.131.024-30

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: 20/09/2019
Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30

Uanderson Galдино da Silva
UANDERSON GALDINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO
CPF: 010.709.184-40

Gustavo Cesar Moreira de Macedo
GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361363/19
Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A
Data do acidente: 03/06/2019
CPF de: Próprio
Titular do CPF: UANDERSON GALDINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

UANDERSON GALDINO DA SILVA : 108.131.024-30

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: 16/10/2019
Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30

UANDERSON GALDINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61



RAIANNE SILVA BARBOSA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190678127 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA **Data do acidente:** 03/06/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE MALÉOLO MEDIAL ESQUERDO.

Descrição do exame físico: VITIMA COM CICATRIZ CIRÚRGICA LOCAL, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A CERCA DE 30 GRAUS, DORSAL A 15 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MÉDIO, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO, COM PARAFUSOS, FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO TORNOZELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 07/01/2020

Conduta mantida:

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

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0327235/19

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

CPF: 108.131.024-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: UANDERSON GALDINO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

UANDERSON GALDINO DA SILVA : 108.131.024-30

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: 20/09/2019
Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30

UANDERSON GALDINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/09/2019
Nome: GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO
CPF: 010.709.184-40

GUSTAVO CESAR MOREIRA DE MACEDO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0361363/19

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

CPF: 108.131.024-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: UANDERSON GALDINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

UANDERSON GALDINO DA SILVA : 108.131.024-30

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: 16/10/2019
Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/10/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

UANDERSON GALDINO DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0433787/19

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

CPF: 108.131.024-30

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 03/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: UANDERSON GALDINO DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

UANDERSON GALDINO DA SILVA : 108.131.024-30

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: 04/12/2019
Nome: UANDERSON GALDINO DA SILVA
CPF: 108.131.024-30

UANDERSON GALDINO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



**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: 3190678127
Nome do(a) Examinado(a): Uanderson Galdino da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Maria de Lourdes, S/N A
Olaria Moreno PE CEP: 54800-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9095406
Data local do acidente: [03/06/2019]
Data local do exame: [07/01/2020] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE MALEOLO MEDIAL ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PARAFUSOS, FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI COM BLOQUEIO ARTICULAR
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM CICATRIZ CIRURGICA LOCAL, REALIZA FLEXÃO PLANTAR A CERCA DE 30 GRAUS, DORSAL A 15 GRAUS, DEFICIT DE FORÇA DE GRAU MEDIO, SEM ALTERAÇÃO DA MARCHA.
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO DE GRAU MEDIO DO TORNOZELO ESQUERDO, COM BLOQUEIO ARTICULAR
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"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem sequela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| Região Corporal (Sequela):
TORNOZELO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 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 | 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. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


Leonardo Neves
Médico
CRM/PE 17742





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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678127

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), UANDERSON GALDINO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15198514





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, 02 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678127

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), UANDERSON GALDINO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01921/01922 - carta_02 - INVALIDEZ

00040961



Carta nº 15310397





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, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190678127

Vítima: UANDERSON GALDINO DA SILVA

Data do Acidente: 03/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), UANDERSON GALDINO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

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

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **UANDERSON GALDINO DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000648**

Conta: **000000180624-1**

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.

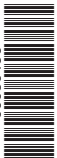
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00877/00878 - carta_15R - INVALIDEZ

00030439



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: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 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:

☒ 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00380624 3 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 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

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ 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 não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



