



Número: **0084173-56.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Processo referência: **0065781-68.2019.8.17.2001**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAILTON SILVA RALF (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71891988	01/12/2020 17:09	2748823_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01	Petição em PDF



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 1ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE RECIFE/PE

Processo: 00841735620198172001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DAILTON SILVA RALF**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

A parte autora alegou em sua peça vestibular que foi vítima de acidente automobilístico, restando permanentemente inválida, pleiteando em juízo uma suposta diferença do valor indenizatório liquidado na esfera administrativa.

Deste modo, foi nomeado perito por esse d. juízo, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Ocorre que o laudo pericial ratifica o adimplemento da obrigação com a liquidação do sinistro na esfera administrativa, uma vez que a lesão apurada na esfera judicial através da prova pericial corresponde ao pagamento efetuado administrativamente na monta de **R\$ 1.687,50 (um mil e seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)**, não havendo de se falar em complementação de indenização.

Portanto, é cristalino que o pagamento administrativo realizado encontra-se de acordo com o descrito no laudo apresentado pelo i. Perito, sendo certo que em ambos os casos foram utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ, valor sobre o qual incidiu a repercussão da lesão sofrida a fim de ser fixado o *quantum* indenizatório.

Diante da quitação administrativa, requer que seja acolhida a conclusão pericial, julgando improcedentes os pedidos formulados na exordial.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

RECIFE, 27 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PE 4246

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR
30225 - OAB/PE

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br





Número: **0084173-56.2019.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 1ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.812,50**

Processo referência: **0065781-68.2019.8.17.2001**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
DAILTON SILVA RALF (AUTOR)		ADSON JOSE ALVES DE FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)		RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO)	
EDUARDO JOSE LIMA DE CARVALHO (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
71891989	01/12/2020 17:09	CCF26092019_0023	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190554581

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DAILTON SILVA RALF

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 14834574

Pág. 00859/00860 - carta_01 - INVALIDEZ

00020430





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, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190554581

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do Acidente: 03/03/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DAILTON SILVA RALF

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 dos ombros
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: DAILTON SILVA RALF

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002080-P

Conta: 00000508562-4

Tipo: CONTA CORRENTE

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **041.734.244-69** Nome completo da vítima: **DAILTON SILVA RALF**

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

Nome completo: **DAILTON SILVA RALF** CPF: **041.734.244-69**

Profissão: **VIGILANTE** Endereço: **AV. ANANIAS LACERDA DE ANDRA** Número: **416** Complemento: **CASA**

Bairro: **CAETES VELHO** Cidade: **ABREU E LIMA** Estado: **PE** CEP: **53.550-540**

E-mail: **gabrielnogueira@hotmail.com** Tel.(DDD): **181** 3538-0068

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO**

AGÊNCIA: CONTA:
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **2080** CONTA: **0508562** **4**
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **Abreu e Lima/PE 25/03/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a ROGO
Dailton Silva Ralf
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____

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

FP5.001 V001/2018

15/03/2019

Boletim de Ocorrência



513593
0108749/19
550027
0334785/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0117000760

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2019 às 11:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 3/3/2019 às 13:00

Fato ocorrido no endereço: RUA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 01 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
DAILTON SILVA RALF (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DAILTON SILVA RALF
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO



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

DAILTON SILVA RALF (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA Pat: DILTON CORREIA RALF Data do Nascimento: 19/5/1961 Naturalidade: CAMPO FORMOSO / BAHIA / BRASIL
Endereço Residencial: RUA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - CEP: 0 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEÍCULO I (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/VW/GOL Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

VEÍCULO II (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DAILTON SILVA RALF, que estava em posse do(a) Sr(a): DAILTON SILVA RALF
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Raca: KJY2790 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

Isolado/Polícia Civil/Unidade/Arquivo/Procedimento



15/03/2019

Boletim de Ocorrência

Complemento / Observação

DECLARA O SRº DAILTON QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NA RUA ANANIAS LACERDA QUANDO UM VEICULO GOL GUARDADO POR UMA PESSOA NÃO IDENTIFICADA BATEU NELE O DERRUBANDO E FUGINDO SEM PRESTAR SOCORRO SENDO ELE SOCORRIDO POR POPULARES, DIANTE EXPOSTO REGISTRA ESTE B.O.

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

DAILTON SILVA RALF
(VITIMA)

B.O. registrado por: ALDEMIR DEMETRIO AMORIM DA SILVA - Matrícula: 296.967-0



15/03/2019

Boletim de Ocorrência



513593
0108749/19
550027
0334785/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 027ª CIRCUNSCRIÇÃO - ABREU E LIMA - DP27ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0117000760

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/03/2019 às 11:10

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 3/3/2019 às 13:00

Fato ocorrido no endereço: RUA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 01 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR/AGENTE)
DAILTON SILVA RALF (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DAILTON SILVA RALF
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO



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

DAILTON SILVA RALF (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA Pat: DILTON CORREIA RALF Data do Nascimento: 19/5/1961 Naturalidade: CAMPO FORMOSO / BAHIA / BRASIL
Endereço Residencial: RUA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - CEP: 0 - Bairro: PLANALTO - ABREU E LIMA/PERNAMBUCO/BRASIL

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

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

VEÍCULO I (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO
Categoria/Marca/Modelo: AUTOMÓVEL/VW/GOL Objeto apreendido: Não
Cor: PRATA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

VEÍCULO II (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DAILTON SILVA RALF, que estava em posse do(a) Sr(a): DAILTON SILVA RALF
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/XR250 TORNADO Objeto apreendido: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Raca: KJY2790 (PERNAMBUCO NÃO INFORMADO)

Isolado/Polícia Civil/Unidade/Arquivo/Procedimento



15/03/2019

Boletim de Ocorrência

Complemento / Observação

DECLARA O SRº DAILTON QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA NA RUA ANANIAS LACERDA QUANDO UM VEICULO GOL GUARDADO POR UMA PESSOA NÃO IDENTIFICADA BATEU NELE O DERRUBANDO E FUGINDO SEM PRESTAR SOCORRO SENDO ELE SOCORRIDO POR POPULARES, DIANTE EXPOSTO REGISTRA ESTE B.O.

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

DAILTON SILVA RALF
(VITIMA)

B.O. registrado por: ALDEMIR DEMETRIO AMORIM DA SILVA - Matrícula: 296.967-0



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NP do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: **041.734.244-69** Nome completo da vítima: **DAILTON SILVA RALF**

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

Nome completo: **DAILTON SILVA RALF** CPF: **041.734.244-69**

Profissão: **VIGILANTE** Endereço: **AV. ANANIAS LACERDA DE ANDRA** Número: **416** Complemento: **CASA**

Bairro: **CAETES VELHO** Cidade: **ABREU E LIMA** Estado: **PE** CEP: **53.550-540**

E-mail: **galvaope@hotmail.com** Tel.(DDD): **181** 3538-0068

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

RENDA MENSAL:
☐ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☒ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: **BRADESCO**

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

AGÊNCIA: **2080** CONTA: **0508562** **4**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

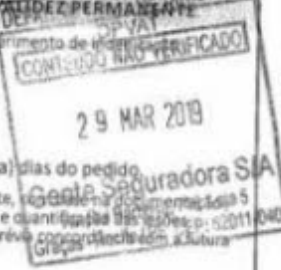
Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização 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, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 restituir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data: **Abreu e Lima/PE 25/03/2019**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina a ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____ CPF: _____
2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura: _____
Assinatura: _____

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

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FP5.001 V001/2018



UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DE OLINDA
GREGÓRIO LOURENÇO BEZERRA



Olinda 11 de Março de 2019

DECLARAÇÃO

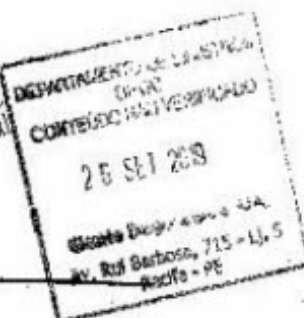
0108749/19

Declaramos que na ficha do atendimento nº1430114, onde se lê o nome do paciente DAILTON SILVA RALFE, leia-se DAILTON SILVA RALF. Informamos que houve uma falha na hora do cadastramento do paciente, mas que seus dados foram retificados mediante a apresentação posterior do CNH: 03340022350.

Atenciosamente,



UPA - OLINDA
Milena Moura
Coordenadora Geral



FUNDAÇÃO PROFESSOR MARTINIANO FERNANDES
IMIP HOSPITALAR

RODOVIA PE 15, S/N
CIDADE TABAJARA, OLINDA/PE.
FONE: 3184-4303



PA 24 HORAS - OLINDA

Limbo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICAÇÃO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 03/03/2019 15:34

Nome Paciente: DAILTON SILVA RALFE
Cód. Paciente:
Data de Nascimento:
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0190
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 03/03/2019 15:45 - 03/03/2019 15:46

MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Idade:

Sexo:

VERDE

Síntese Principal:

DOR EM OMBRO ESQUERDO. RELATO COLISAO MOTO-CARRO

Observação:

ALERGIA -

Histórico sintoma:

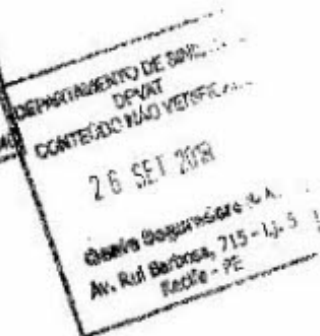
TRAUMA

Excluidor(es):

- DOR LEVE (1-3/10)

Localidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Acolhido(a) por: MARIA ROSECLEIDE MOREIRA - COREN: 176868 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 03/03/2019 15:46

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



Atendimento: 1430114

Senha da Classificação:

Data e Hora: 03/03/2019 15:49

Paciente: 503599 DAILTON SILVA RALFE Sexo: MASCULINO
Nome Social: _____
Data do Nascimento: 19/06/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA Nome do Pai: _____
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: RUA ANANIAS LACERDA DE A 416 Bairro: JARDIM CAETES
Cidade/UF: ABREU E LIMA PE Cep: 63560540 Usuário Atendimento: ALESSANDRACS
RG (Identidade): _____ Data de Emissão: _____
CPF (Cadastro de Pessoa Física): _____ Fone: 86639344
CRN (Certidão de Registro de Nasc): _____ Data de Emissão CRN: _____

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Dores no tornozelo e no pé direito há 2 dias, com inchaço e vermelhidão.

Exame Físico

Exame físico sem alterações.

Hipótese Diagnóstica

Fratura de tornozelo.

Conduta Terapêutica

Reposição.

Prescrição Médica

TIPO 8

*Clonazepam 1mg 1x1 12h
Dor no tornozelo e no pé direito há 2 dias, com inchaço e vermelhidão.
Sintomas de fratura de tornozelo.*

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido: _____

Para: _____

416

Senha: _____

*Sérgio Paulo
Carimbo Médico*



H. M. R. S. V. 1430114

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAILTON SILVA RALF

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02080-P

CONTA: 000000508562-4

Nr. Autenticação

BRADESCO0910201905000000000023702080000000508562168750 PAGO



CAIXA

A vida pede mais que um banco



CTC RIO DE PE PL2 DATA DE POSTAGEM: 01/03/2019

DAILTON SILVA RALF
AV ANANIAS LACERDA DE ANDRA, 416
CAETES VELHO
53550-540 ABREU E LIMA PE



72113070212863232056121816830010319

28272



NOTIFICAÇÃO DE DÉBITO

DADOS DO CLIENTE
 ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS MATRICULA: 103668667
 R JOAQUIM NABUCO, N. 00200 - - TIMBO ABREU E LIMA PE 53520-17
 INSCRIÇÃO: 165.135.120.0443.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMÁTICO: 103668667

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A375224252	DATA LECT. ANTERIOR 29/01/2019	DATA LECT. ATUAL 28/02/2019	TIPO DE CONSUMO (A/B) REAL		

NOTIFICAÇÃO DE DÉBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTA AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO
 ESTADUAL Nº 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE
 QUE, CASO OS DÉBITOS NÃO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A
 SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS
 DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU IMÓVEL PARA APRESENTAÇÃO
 AOS Nossos FUNCIONÁRIOS. PAGUE EM DIA SUAS CONTAS, EVITE O
 CORTA E A NEGATIVAÇÃO DO SEU NOME NO SPC SERASA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

REFERÊNCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
01/2019	15/02/2019	105,07

EMISSÃO: 22/02/2019

PARA COPIAR

VENCIMENTO: 15/02/2019 TOTAL A PAGAR: 105,07

128100021-0 450 0010165-B 12366866709 0 128100021-0



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 26 SET 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 29 MAR 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu **ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS** inscrito (a) no CPF/CNPJ 884.647.684-00, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário DAIKTON SILVA ROLF. inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.734.244-69, do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da Vítima DAIKTON SILVA ROLF. inscrito (a) no CPF sob o Nº 041.734.244-69, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios.

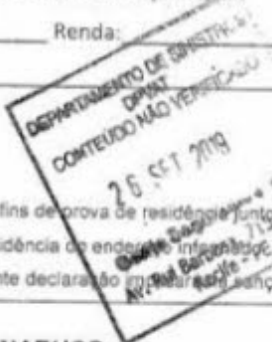
☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO, 200, CASA, TIMBÓ, ABREU E LIMA, PE, 53520170, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração acarretará sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço AVENIDA JOAQUIM NABUCO		Número 200	Complemento CASA
Bairro TIMBÓ	Cidade ABREU E LIMA	Estado PE	CEP 53520170
Email: baibinospe@hotmail.com		Telefone Comercial (DDD) (81) 3538.0069	Telefone celular (DDD) (81) 98721.5834

Abreu e Lima / 25 de Março de 2019

Rossana Lígia Fernandes Dantas
Assinatura do Declarante



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente DAILTON SILVA RALF
Data de nascimento 19/05/1981 RG 5425833 SSP CPF

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 03/03/2019

Nº do B.O. 19E0117000760

Resumo clínico PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
SOFRAU FRATURA DO OMBRO (H2)

Diagnóstico FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA

Tratamento CLAVÍCULO-OSTEOSÍNTESE C/ PNEUM + 06 PONTOS

Sequelas 1. DEFORMAÇÃO ANATÔMICA

2. LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO

DO OMBRO (H2)

Data da alta ambulatorial definitiva 16/09/19

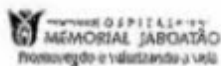
Abreu e Lima, 16 de Setembro de 2019

Dr. Pedro Marques
Ortopedista e Traumatologista
CRM 8594
CPF 172.576.334-04
NÃO AUTORIZO A TROCA

Médico (CRM)

Rua Castelo Branco, 470 - Abreu e Lima/PE | Fone: (81) 3542.3278





Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 202427

Nascimento: 19/05/1981

Responsável:

Prontuário: 764571

Sexo: Masculino

Nome: DAILTON SILVA RALF

Data e Hora do Atendimento: 04/03/19 09:34:45

Idade: 37 Anos, 9 Meses e 13 Dias

Profissão:

Escolaridade:

CPF: 04173424469

Identidade: 5425833

Telefone:

Conjuge:

Estado Civil:

Cartão SUS:

Nome da Mãe: MARIA DO SOCORRO DA SILVA

Nome do Pai: DILTON CORREIA RALF

Endereço: AVENIDA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, JARDIM CAETES, CEP: 53560030, Nº 416, ABREU E LIMA - PE

OBSERVAÇÃO:

Unidade de Internação: CLINICA CIRURGICA ORTOPEDICA

Enfermaria / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Médico: JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

CID: S420

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

RESUMO DE INTERNAMENTO

ACIDENTE COM FX DE CLAVICULA ESQ. ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA. REFERE ACIDENTE DE MOTO.

ANTECEDENTES PESSOAIS E HEREDITARIOS:

NSA

EXAME FISICO GERAL:

EGS, EUPNEICO, AFEBRIL, CORADO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO

AP - CARDIO - VASCULAR:

NDN

AP - RESPIRATORIO:

ND

ABDOMEN:

NDN

- GENITO - URINARIO:

NDN

OUTROS:

IPOTHESE DIAGNOSTICA:

FX DE CLAVICULA ESQ.

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

DATA:

HORA DE SAÍDA:

Dr. José Ailton Alves de Araújo

CRM-PE 17259

JOSE AIRTON ALVES DE ARAUJO - CRM: 17259

AV. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Processo:	Código	Revisão
GESTÃO DE PESSOAS	FAT.SAM.01	00

INFORMAMOS QUE ESTA FICHA FOI CONFECCIONADA A PARTIR DE DADOS EXTRAÍDOS EXCLUSIVAMENTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO (A) PACIENTE ABAIXO IDENTIFICADO (A).

NOME: Dailton Silva Ralf

REGISTRO: 764571 DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1981

RG: 5425833 ORGÃO EMISSOR: SSP/PE

ENDEREÇO: Av. Amâncio Lacerda de Andrade nº416
Castelão Velho Abreu e Lima

NOME DA MÃE: Maria do Socorro da Silva

DATA ADMISSÃO: 04/03/2019 DATA ALTA: 08/03/2019

DATA DO PROCEDIMENTO: 07/03/2019 CID: 542.0

DIAGNÓSTICO: Fratura da Clavícula Esquerda

TRATAMENTO REALIZADO: Tratamento Cirurgico de
Fratura da Clavícula Esquerda +
Tratamento de Retração muscular +
Neurolise + Osteotomia

MÉDICO: Osvaldo Jose macedo

CREMEPE: 56658

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 21 DE março DE 2019

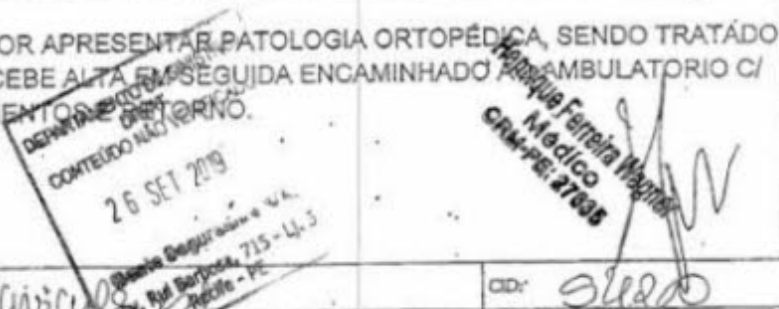
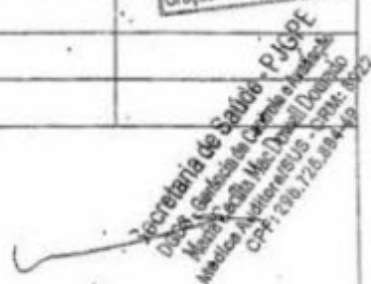
DR. OSVALDO GOMES JR
Ortopedia - Traumatologia
Cir. Ombro e Cotovelo
CRM-PE 16.847 / RBO: 13351

MÉDICO

Av. Gen. Manoel Rabelo • 126 • Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE • CEP: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9888 • www.hmjpe.com.br



Nome do paciente: Weslton Silva Rati			
Clínica: Ortopedia		Enfermaria: 15	Leito: 03
Nº prontuário: 202427		Nº Att: 	
Diagnóstico principal (constante no laudo médico): Fratura clavícula inf		CID: S420	
Procedimento solicitado: Fixação múltipla		CID: S420	
Tempo de permanência previsto: 			
Procedimento realizado: Fixação clavícula inf + Osteotomia + Ret. Muscular + Neudina			
Código	Equipe	Nome	Matrícula Nº
01	Cirurgião		
02	1. Auxiliar cirúrgico	Dr. Osvaldo Coimbra	
03	2. Auxiliar cirúrgico		
04	3. Auxiliar cirúrgico		
05	Dentais auxílios cirúrgicos		
06	Anestesiologistas	Dr. Miquelle Favas	
07	Clinico		
08	Clinico		
Procedimentos especiais ☐ Mudança de procedimento ☐ Diária de UTI ☐ Diária de desconforto ☐ Vacina Anti-Rh ☒ Uso de prótese óssea ☐ Uso de fatores de coagulação ☐ Uso de coaguladores ☐ Nutrição parenteral			
Resumo do caso PACIENTE INTERNADO POR APRESENTAR PATOLOGIA ORTOPÉDICA, SENDO TRATADO ADEQUADAMENTE E RECEBE ALTA EM SEGUIDA ENCAMINHADO PARA AMBULATORIO COM ORIENTAÇÕES, MEDICAMENTOS E RETORNO.			
Diagnóstico principal: Fratura clavícula inf		CID: S420	
Diagnóstico secundário: Osteotomia + Retração muscular + Neudina		CID: 	
Motivo da alta: Alta com retorno			
Internação: 04/03/19		Alta: 03/03/19	
Dias de hospitalização: 04		03	



STC

Lauda para solicitação de autorização de internação





RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: DAILTON SILVA RALF

PRONTUÁRIO: 764371

SOLICITO:

RADIOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA AP E ZANCA

DR(a): OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Osvaldo Coimbra
Ortopedia
CRM/PE 22073



Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



Relatório Geral de Cirurgias

Nome: DAILTON SILVA RALF

Prontuário: 764571

Atendimento: 202427

Unidade de Internação / Leito: ENF 15 - LEITO 03

Sexo: Masculino

Idade: 37 Anos, 9 Meses e 16 Dias

Diagnóstico Pré Operatório: S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA

Risco Operatório:

Cirurgia(s) Realizada(s): NEUROLISE (040302.007-7) + OSTEOTOMIA CLAVÍCULA ESQ (040801011-8) + TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA CLAVÍCULA ESQUERDA (040801013-0) + TRATAMENTO DE RETRAÇÃO MUSCULAR (040806067-0)

Data: 07/03/2019

01. Cirurgião: OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

02. 1. Auxílio Cirúrgico: FRANCISCO DINIZ BORBOREMA

03. 2. Auxílio Cirúrgico:

Instrumentador:

Anestesia: GERAL ENDOVENOSA + BLOQUEIO PLEXO

06. Anestesia:

07. Anestesista: MIRELLA TAVARES DE CARVALHO

Descrição da Cirurgia:

PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL EM CADIEIRA DE PRAIA SOB ANESTESIA
ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
APOSEIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO EM TOPOGRAFIA DE CLAVÍCULA ESQUERDA
DISSECAÇÃO POR PLANOS ATÉ ABORDAGEM DE FOCO DE FRATURA
NEUROLISE DE NERVOS SUPRA-CLAVICULARES
LIBERAÇÃO DE RETRAÇÃO MUSCULAR E FIBROSE
OSTEOTOMIA DE BORDAS DA CLAVÍCULA PARA ALINHAMENTO E REDUÇÃO
REDUÇÃO DE FRATURA E FIXAÇÃO COM PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5 E PARAFUSOS CORTICAIS
LAVAGEM COM SF
REVISÃO DA HEMOSTASIA
FECHAMENTO POR PLANOS

DR. OSVALDO COIMBRA JR
Ortopedia / Traumatologia
Clín. Ortop. e Cotovelo
CRM-PE 16.658 / TEO: 13351

OSVALDO JOSE MACEDO COIMBRA JUNIOR

CRM: 16658



IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO					
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE			CNPJ		
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			5356067		
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE			CNPJ		
HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO			5356067		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
Nome do Paciente			Nº Prontuário		
DAILTON SILVA RALF			764571		
Cartão Nacional do SUS	Data de Nascimento	Sexo	Raça/Cor	Péis	
	18/06/1981	Masculino X 1 3	03 - Preta	0000 - Não Se Aplica	
Nome da Mãe			Telefone de contato		
MARIA DO SOCORRO DA SILVA					
Nome Responsável					
MARIA DO SOCORRO DA SILVA					
Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
AVENIDA ANANIAS LACERDA DE ANDRADE, 416 - JARDIM CAETES					
Município	IBGE	UF	CEP		
ABREU E LIMA	260005	PE	53560030		
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
Indicadores Sinais e Sintomas Clínicos					
PACIENTE COM FX DE CLAVICULA ESQ. ENCAMINHADO DA UPA DE CLINDA. REFERE ACIDENTE DE MOTO.					
Condições que justificam a internação					
CIRURGICO					
Principais Resultados de Provas Diagnósticas					
Classificação Inicial / Otológico	CID 10 Principal	CID 10 Secundário	CID 10 Outras Associações		
FX DE CLAVICULA ESQ.					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Descrição do Procedimento Solicitado			Código do Procedimento		
TRATAMENTO C/ CIRURGIAS MULTIPLAS			0415010012		
Clínica	Caráter da Internação	Documento	Nº do Documento	Assinatura e Carimbo do Profissional Solicitante/Assistente	
CIRURGICA	2	() CNS () OPF			
Nome do Profissional Solicitante/Assistente			Data da Solicitação	Assinatura e Carimbo do Conselho	
			04/03/2019		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
() Acidente de Trânsito	CNPJ Seguradora	Nº Bônus	Série		
() Acidente Trabalho Típico	CNPJ / Empresa	CNAE da Empresa	CBO		
() Acidente Trabalho Trajeto					
Vínculo com a Previdência					
() Empregado	() Empregador	() Autônomo	() Desempregado	() Aposentado	() Não Segurado
AUTORIZAÇÃO					
Nome do Profissional Autorizador			Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AH)		
MARIA CECILIA MAC DOWELL					
Documento	Nº do Documento (CNS/OPF do Profissional Autorizador)	Assinatura e Carimbo do Profissional Autorizador			
(X) CNS () OPF	201533356580007				
Data da Autorização			Assinatura e Carimbo do Conselho		

SECRETARIA DE SAÚDE - RJ
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 26 SET 2019
 Genes Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 25 SET 2019
 Genes Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE CEP: 52011-000

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CRIANÇAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RICARDA LUIZA PEREIRA SOARES

02399567347

23/03/2021 28/06/2021

1222242405

RECIBO PLASTIFICAR

1222242405

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
29 MAR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja E
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-000



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios de Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0334785/19

Vítima: DAILTON SILVA RALF

CPF: 041.734.244-69

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/03/2019

Titular do CPF: DAILTON SILVA RALF

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS : 884.647.684-00

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

DAILTON SILVA RALF : 041.734.244-69

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: 26/09/2019
Nome: ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS
CPF: 884.647.684-00

ROSSANA LIGIA FERNANDES DANTAS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA



DECLARAÇÃO

Eu, DAILTON SILVA RALF

RG 5.425.833, CPF 041.734.244-69

, declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre em 03/03/2019 fui socorrido por POPULARES

e levado ao Hospital UPA DE OLINDA

Declaro que além da documentação médica apresentada, não tenho nenhum dos documentos adicionais contemporâneos ao acidente, conforme exige a SUPTEC - 005/2014, pois não recebi atendimento como: SAMU, Corpo de Bombeiros, Anjos do Asfalto, Ambulância, etc., da mesma forma que não houve ocorrência no local do acidente tão pouco foi instaurado inquérito Policial na delegacia.

Declaro que estou a inteira disposição para qualquer auditoria ou investigação que a Seguradora Líder entenda necessária para a confirmação das informações prestadas no Boletim de Ocorrência Policial, pois estou ciente que caso as informações prestadas sejam falsas constitui crime previsto no Art. 340 do Código Penal Brasileiro, vejamos:

"Comunicação falsa de crime ou de contravenção

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado:

Pena - detenção, de um a seis meses, ou multa".

Também me responsabilizo pelo ora declarado e estou ciente que qualquer informação declarada falsa prestada poderá incorrer nas penas conforme o Art. 299 do código Penal Pátrio:

Falsidade ideológica

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante:

Pena - reclusão, de um a cinco anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular.

Parágrafo único - Se o agente é funcionário público, e comete o crime prevalecendo-se do cargo, ou se a falsificação ou alteração é de assentamento de registro civil, aumenta-se a pena de sexta parte.



Local: _____ UF: _____ Data: ____/____/____

Dailton Silva Ralf
Declarante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190554581

Cidade: Abreu e Lima

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DAILTON SILVA RALF

Data do acidente: 03/03/2019

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, P7

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com seqüela

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE OMBRO ESQUERDO.

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 dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

BENEFICIÁRIO/VÍTIMA:

Nome: DAILTON SILVA RALF
Nacionalidade: BRASILEIRO Estado Civil: CASADO Profissão: VIGILANTE
Identidade: 5.425.833-SSP/PE CPF: 041.734.244-69
Endereço: AVENIDA ANANIAS LACERDA DE ANDRA, nº 416,
CAETES VELHO, ABREU E LIMA-PE, CEP: 53.550-540

PROCURADOR(A):

Nome: ROSSANA LÍGIA FERNANDES DANTAS
Nacionalidade: Brasileira Estado Civil: Divorciada Profissão: Empresária
Identidade: 7.742.986 SDS/PE CPF: 884.647.684-00
Endereço: Avenida Joaquim Nabuco nº 200, Timbó, Abreu e Lima/PE. Cep. 53.520-170

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante quaisquer Seguradora pertencente ao Consórcio DPVAT, também perante aos pontos de atendimento da Seguradora Líder (Correios, Sincor (s) e Corretores), dar entrada em sinistro, enviar documentos relativo a pendências, receber correspondências, solicitar informações por escrito, e-mails ou por telefone, ter acesso ao número de sinistro ocorrido com a vítima no dia 03/03/2019, cobertura **INVALIDEZ**, em fim, acompanhar todo e qualquer andamento relativo ao sinistro em epigrafe do beneficiário (a)/vítima, até o término de sua liquidação, e finalmente praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Cartório
Alfredo Mariano

26 MARÇO 2019
Local e data

Dailton Silva Ralf
Assinatura do Beneficiário/Vítima
(Reconhecer firma por autenticidade)

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
R. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Tabela / Rua Cel. Urbano Ribeiro de Almeida, nº 01 - Centro - Abreu e Lima/PE
Cep. 53.525-580 - Fones: (81) 3842-1301/3841-0372 - cartorioalfredomariano@gmail.com

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de **DAILTON SILVA RALF**, Abreu e Lima/PE, 26/03/2019 15:09:51 em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99
TSNR: R\$ 0,80 Total: 4,79 RC-3-73491

Dyogo Monteiro Valadares Pires - Secretário
Selo Digital: 0150607.MJJ03291901.02030



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CORTEJO NÃO VERIFICADO
26 SET 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lapa 5
Recife/PE CEP: 52011-400