

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 102.753.744-83 4 - Nome completo da vítima: Allan Kleber Silva do Nascimento

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

5 - Nome completo: Allan Kleber Silva do Nascimento 6 - CPF: 102.753.744-83
7 - Profissão: Ajudante Pedreiro 8 - Endereço: Rua C 9 - Número: 28 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: São Geraldo 12 - Cidade: Arcoverde 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56515-260
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: ☐ RECURSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.500,00 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 POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (941) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0915 CONTA: 988488409 6 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 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar, 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 herdeiros? ☐ 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 devidos, 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

Assinatura digital da vítima ou beneficiário ou representante legal

35 - Nome legível de quem assina a rogatória pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogatória pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogatória pedido

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Arcoverde-Pe, 05/07/2019

ALLAN KLEBER SILVA do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

08 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



AUTO-ATENDIMENTO -

DATA: 23/07/2019

HORA: 11:19:24

TERMINAL: 09151021

CONTROLE: 091510210109

COMPROVANTE PROVISÓRIO DE
DEPÓSITO EM DINHEIRO

CONTA CREDITADA: 0915 000.986.460.409-6

NOME: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

VALOR TOTAL EM DINHEIRO: 20,00

TELEFONE DEPOSITANTE: 87 3822-5544

NÚMERO DO ENVELOPE: 32234724

A confirmação do depósito se dará pelo
lançamento do valor na conta do favorecido após
a abertura do envelope e a verificação dos
valores contidos.

Informações, reclamações, sugestões e elogios

SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474

www.caixa.gov.br

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

08 AGO 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

**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: 3190443356
Nome do(a) Examinado(a): Allan Kleber Silva do Nascimento
Endereço do(a) Examinado(a): Rua C, 28 Casa
Sao Geraldo Arcoverde PE CEP: 56515-260
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8900576
Data local do acidente: [28/04/2019]
Data local do exame: [12/09/2019] Garanhuns [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM COLOCAÇÃO PLACA + PARAFUSOS + FIO QUE JÁ FORA RETIRADO.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 03/07/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO MODERADA AOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO, ABDUÇÃO, RA E RP. RELATA DOR LOCAL E LEVE PERDA DE FORÇA MUSCULAR.
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
RIGIDEZ DE OMBRO ESQUERDO E PERDA DE FORÇA MUSCULAR EM MSE.
Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|---|---|
| <p>() "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i></p> | <p>() "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):
OMBRO - Lado Esquerdo
% do dano: () 10% residual () 25% leve
(X) 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):

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

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
|--|---|
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.
Realizou em torno de 40 sessões de fisioterapia.

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 156ª CIRCUNSCRIÇÃO - ARCOVERDE - DP156ªCIRC
DINTER2/19ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0246001657**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **18/06/2019** às **16:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/4/2019** às **02:30**

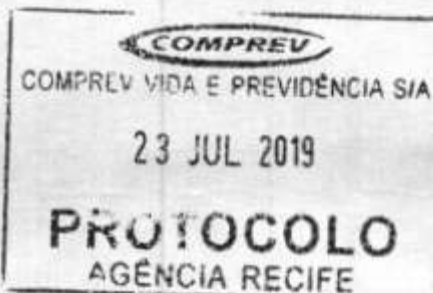
Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE ARCOVERDE, 1, BR 424, - Bairro: CENTRO - ARCOVERDE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO (VITIMA)
DERIVALDO RODRIGUES LEITE (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DERIVALDO RODRIGUES LEITE



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

ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ISABEL CRISTINA DA SILVA Pai: ALUIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 5/4/1992 Naturalidade: ARCOVERDE / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUXILIAR DE SERVICOS GERAIS
Endereço Residencial: **RUA C, 28, VILA SÃO JOSÉ - CEP: 0 - Bairro: SAO GERALDO - ARCOVERDE/PERNAMBUCO /BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

DERIVALDO RODRIGUES LEITE (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: NÃO INFORMOU
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA HONDA CG 160 FAN (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DERIVALDO RODRIGUES LEITE, que estava em posse do(a) Sr(a): DERIVALDO RODRIGUES LEITE
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDN 718 (PERNAMBUCO/ARCOVERDE)** Renavam: **107673595** Chassi: **9C2KC2200GR000045**

Ano Fabricação/Modelo: 2015/2016 Combustível: ALCO/GASOL

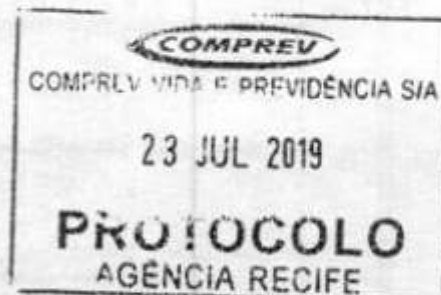
Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA A PESSOA DE ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO PARA NOTICIAR QUE EM DATA DE 28/04/2019, TRANSITAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA PDN 7182, CONDUZIDA PELA PESSOA DE DERIVALDO RODRIGUES LEITE, DA CIDADE DA PEDRA PARA ESTA CIDADE, QUANDO NAS IMEDIAÇÃO DOS COQUEIROS, NUMA CURVA FORAM SURPREENDIDOS POR UM JUMENTO QUE ATRAVESSAVA A RODOVIA, E NA TENTATIVA DE DESVIAR DO ANIMAL, O CONDUTOR DA MOTO SE DESEQUILIBROU E CAIRAM. COM A QUEDA O NOTICIANTE TEVE FRATURA DA CLAVÍCULA. E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DESTA CIDADE ONDE FOI ATENDIDO, E DIAS DEPOIS FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL SÃO VICENTE NA CIDADE DE SERRA TALHADA ONDE PASSOU POR PROCEDIMENTO CIRURGICO. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA TEVE APENAS ESCORIÇÕES LEVES.

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

ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO
ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Fabiana* FABIA MUNIZ CABRAL - Matrícula: 208603-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 102.753.744-83 4 - Nome completo da vítima: Allan Kleber Silva do Nascimento

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

5 - Nome completo: Allan Kleber Silva do Nascimento 6 - CPF: 102.753.744-83
7 - Profissão: Ajudante Pedreiro 8 - Endereço: Rua C 9 - Número: 28 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: São Geraldo 12 - Cidade: Arcoverde 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56515-260
15 - E-mail: 16 - Telefone: _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 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 (343) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)
AGÊNCIA: 0915 CONTA: 985460409 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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 (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

34 - Impugnação legal da vítima ou beneficiário não autorizada
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: Arcoverde-Pe, 05/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
ALLAN KLEBER SILVA do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador

FPS.001 V002/2019

COMPREV
COMPRV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



61
37
162



Pernambuco



NDR



Hospital do Tricentenário

domingo, 28 de abril de 2019

NOME: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

MÃE: IZABEL CRISTINA DA SILVA

PAI: ALUIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1992 IDADE: 27,1

COR: PARDO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

PROFISSÃO: AJUDANTE DE PEDREIRO

ENDEREÇO: RUA C

BAIRRO: VILA DO PRESIDIO

CIDADE: ARCOVERDE

MEIO DE TRANSPORTE:

TELEFONE:

CELULAR:

CELULAR:

CPF: 102.753.744-83

RG:

CNS: 700.0058.0106.6203

SEXO: MASCULINO

Nº: 28 AP: BLOCO:

COMPLEMENTO:

CEP: 56515-260

NATURALIDADE: ARCOVERDE

ENCAMINHADO:

SENHA:

FICHA:

9378

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO 28/04/2019 02:42:15

RAFAEL BARBOSA

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ FEBRE | ☐ DIFICULDADE DE RESPIRAR |
| ☐ VÔMITOS | ☐ CONFUSÃO MENTAL |
| ☐ FRAQUEZA | ☐ DISTÚRBO VISUAIS |
| ☐ FADIGA | ☐ TAQUICARDIA |
| ☐ CEFALÉIA | ☐ PARAESTESIA E/OU PARALISIA |
| ☐ TONTURA | ☐ TOSSE |
| ☐ CONVULSÃO | ☐ DOR LOCAL |
| ☐ DESMAIO | ☐ QUEIXA URINÁRIA |
| ☐ SANGRAMENTO | ☐ OUTRAS QUEIXAS |

TEMP:

PESO:

FR:

SATO2:

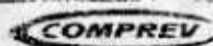
ALÉRGICO:

NEGA

PA: 109 X 69

HGT:

FC:



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

USO DE MEDICAMENTOS: NEGA

SITUAÇÃO/QUEIXA PRINCIPAL: VITIMA DE ACIDENTE (QUEDA DE MOTO) DOR EM OMBRO ESQUERDO

EM CASO DE ACIDENTE

INVESTIGAÇÃO: ☐

ACIDENTE DE TRANSITO: MOTO

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO

AGRESSÃO: NÃO

AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO: NÃO

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES: NÃO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: VIA PÚBLICA

RESPONSÁVEL:

FATOR DE PROTEÇÃO: CAPACETE

MODO: NÃO

DESCRIÇÃO:

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITAL (VEH)

NOTIFICAÇÃO: SIM () NÃO () RESPONSÁVEL:

ESPECIALIDADE: ORTOPEDISTA

Marcia Silva
Médica - R. 104
Bjorn (Hidrogênio)

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

ATENDIMENTO MÉDICO

QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA):

Per no ombro O qps queda de moto

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura

Dr. Marcia Silva

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

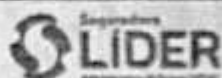
BANCO: 341

AGÊNCIA: 07922

CONTA: 000000016137-2

Autenticação:

85D93A816503BF700DF7372685CB8D494D942F9C44456F7BA2B35079263F700F



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: 4030-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 80 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Cuidado: 0800 021 91 35

Eu, Derivaldo Rodrigues Leite
RG nº 4385995, data de expedição 21/07/2003
Órgão SSP PE, portador do CPF nº 82188742500
com domicílio na cidade de Arcoverde, no Estado de PE
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA R. COHAB 01, nº 02
complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Allan Kleber Silva do Nascimento cujo o condutor era
Derivaldo Rodrigues Leite
Veículo: Motocicleta Modelo: HONDA/CG 160 FAN Ano: 2015 - 2016
Placa: PDN 7182 Chassi: 9C2KC22006R000045
Data do Acidente: 28/04/2019

Local e Data: 02 JUL. 2019

Derivaldo Rodrigues Leite
Assinatura do Declarante

Derivaldo Rodrigues Leite
Assinatura do Condutor

(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

1º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS | Lido José dos Santos - Tabelião

Assinatura por autenticidade e firma indicada de Osmarildo Rodrigues Leite
 que confere o papelão reg. neste cartório. Ou, fe. ARCOVERDE, 02 de julho de 2019.

Osmarildo Rodrigues Leite

MARIA DE LOURDES VIEIRA DA SILVA (BENEFICIÁRIA SUBSTITUTA)

Valor: R\$ 2,50 taxa R\$ 1,92 Total R\$ 4,42. Válido somente com o selo DOT3676-HP000001001-02607

Consulte a Autenticidade em www.ajta.jus.br/validadigital



1º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS | Lido José dos Santos - Tabelião

Assinatura por autenticidade e firma indicada de Osmarildo Rodrigues Leite
 que confere o papelão reg. neste cartório. Ou, fe. ARCOVERDE, 02 de julho de 2019.

Osmarildo Rodrigues Leite

MARIA DE LOURDES VIEIRA DA SILVA (BENEFICIÁRIA SUBSTITUTA)

Valor: R\$ 2,50 taxa R\$ 1,92 Total R\$ 4,42. Válido somente com o selo DOT3676-HP000001001-02607

Consulte a Autenticidade em www.ajta.jus.br/validadigital



COMPREV

COMPRUV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE



61
37
162



Pernambuco



NDR



Hospital do
Tricentenário

domingo, 28 de abril de 2019

NOME: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

MÃE: IZABEL CRISTINA DA SILVA

PAI: ALUIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO

DATA DE NASCIMENTO: 05/04/1992 IDADE: 27,1

COR: PARDO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO(A)

PROFISSÃO: AJUDANTE DE PEDREIRO

ENDEREÇO: RUA C

BAIRRO: VILA DO PRESIDIO

CIDADE: ARCOVERDE

MEIO DE TRANSPORTE:

TELEFONE:

CELULAR:

CELULAR:

CPF: 102.753.744-83

RG:

CNS: 700.0058.0106.6203

SEXO: MASCULINO

Nº: 28 AP: BLOCO:

COMPLEMENTO:

CEP: 56515-260

NATURALIDADE: ARCOVERDE

ENCAMINHADO:

SENHA:

FICHA:

9378

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

CLASSIFICAÇÃO 28/04/2019 02:42:15

RAFAEL BARBOSA

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ☐ FEBRE | ☐ DIFICULDADE DE RESPIRAR |
| ☐ VÔMITOS | ☐ CONFUSÃO MENTAL |
| ☐ FRAQUEZA | ☐ DISTÚRBO VISUAIS |
| ☐ FADIGA | ☐ TAQUICARDIA |
| ☐ CEFALÉIA | ☐ PARAESTESIA E/OU PARALISIA |
| ☐ TONTURA | ☐ TOSSE |
| ☐ CONVULSÃO | ☐ DOR LOCAL |
| ☐ DESMAIO | ☐ QUEIXA URINÁRIA |
| ☐ SANGRAMENTO | ☐ OUTRAS QUEIXAS |

TEMP:

PESO:

FR:

SATO2:

ALÉRGICO:

NEGA

PA: 109 X 69

HGT:

FC:



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

ANTECEDENTES PESSOAIS / FAMILIARES:

USO DE MEDICAMENTOS: NEGA

SITUAÇÃO/QUEIXA PRINCIPAL: VITIMA DE ACIDENTE (QUEDA DE MOTO) DOR EM OMBRO ESQUERDO

EM CASO DE ACIDENTE

INVESTIGAÇÃO: ☐

ACIDENTE DE TRANSITO: MOTO

ACIDENTE DE TRABALHO: NÃO

AGRESSÃO: NÃO

AUTOAGRESSÃO / SUICÍDIO: NÃO

OUTROS TIPOS DE ACIDENTES: NÃO

LOCAL DA OCORRÊNCIA: VIA PÚBLICA

RESPONSÁVEL:

FATOR DE PROTEÇÃO: CAPACETE

MODO: NÃO

DESCRIÇÃO:

NOTIFICAÇÃO - VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA HOSPITAL (VEH)

NOTIFICAÇÃO: SIM () NÃO () RESPONSÁVEL:

ESPECIALIDADE: ORTOPEDISTA

Marcia Silva
Médica - R. 104
Bjorn (Hidrogênio)

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

ATENDIMENTO MÉDICO

QUEIXA PRINCIPAL (QP) / HISTÓRICO DA DOENÇA (HDA):

Per no ombro O qps queda de moto

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

fratura

Dr. Marcia Silva

PEDIDO DE EXAME

DATA SETOR

EXAME

POSIOLOGIA

OK



Dynare Obje + 10.50
Dexmedetomidina Obje + 10.50
WATIL 40g Obje + 10.50

Galvão Araújo
Médico Assistente
CRM 12.345

Dr. João da Silva
CRM 12.345

CONDUTA MÉDICA

Crustáceos / mol / 10.50 / 10.50 / 10.50 A forma mais alta
1.4 Crustáceos

Dr. João da Silva
CRM 12.345

EVOLUÇÃO

* evolução por 10.50 / 10.50 / 10.50

CONDIÇÕES DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Melhorado () / Óbito () / Evasão () / Transferência () / Indisciplina ()

Transferido para:

SENA FARMACIA

Data/Hora:

28/08/2019 03:38

Senha:

12

Assinatura e identificação do Médico

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Dr. Fred Veras

Rumologia
CRM 6688-PE CPF 12999314-34

Allan Kleber Silva do Nascimento

Paciente vítima de acidente de trânsito por colisão animal de grande porte no dia 28 de abril de 2019 em BR - 424 - Arcoverde - PE deu entrada no Hospital Regional local e transferido para Hospital São Vicente - Serra Talhada - PE onde recebeu atendimento médico para fratura luxação da clavícula E recebendo alta hospitalar 1 de maio de 2019 e encaminhado com orientação de continuar tratamento médico ambulatorial de onde recebeu alta definitiva no dia 18 de junho de 2019.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando-se com sequela de fratura de clavícula e tratada cirurgicamente com perda de 70% para abdução 40% para adução 70% para Ra 75% para RP 70% para MPS e 40% para MPI

Paciente como se apresenta ao exame físico de hoje, e exclusivamente hoje, podendo variar conforme evolução e resposta clínica do mesmo com o passar dos dias e sendo de reservado prognóstico

PS: quadro clínico descrito ao um retrato do que o paciente apresenta ao físico exclusivamente do dia de hoje, podendo variar caso a caso com o passar dos dias.

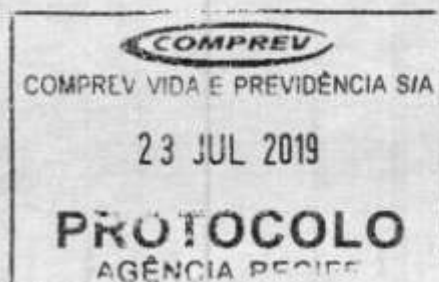
Atenciosamente,

Afogados da Ingazeira, 03 de julho de 2019



Dr. Fred Veras
Rumologia
CRM 6688-PE CPF 12999314-34

Av. Aperião Veras 411, Centro, Afogados da Ingazeira PE - Fone 87 38381304





Hospital São Vicente

Data Atend: 09/05/2019	Atendimento: 0014972	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00115967 - ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO		
Data Naso: 05/04/1992	Idade: 27 Anos	Sexo: Masculino
Profissão: AJUDANTE	Naturalidade: ARCOVERDE	Estado Civil: Solteiro
Nome Pai: ALIIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO	Nome Mãe: ISABEL CRISTINA DA SILVA	
Endereço: RUA C, 28 - SAO GERALDO - ARCOVERDE - PE		
Telefones: () . / () . / (87) 9917.72261		
Elementos da Ocorrência:		
Acidente de Trânsito () Acidente de Trabalho () Outros Acidentes () Agressão ()		
Morte () Casual () Outros ()		
Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: () .
Endereço Acompanhante:		
Local da Ocorrência:		
ANAMNESE E EXAME FÍSICO: <i>Lesão por arma de fogo no tórax, com ferida de entrada e saída, com hemorragia ativa. Morte. Oculares e</i>		
Diagnóstico Inicial: <i>Fract. costal (E)</i>		
ADT: <i>Hemotórax / contusão costal</i>		
Diagnóstico Final: <i>Fract. costal (E)</i>		
Condição de Alta	Motivo de Alta	Data do Internamento: <i>9, 5, 19</i>
Melhorado ()	Descrição Médica ()	Data da Alta: <i>11, 5, 19</i>
Inalterado ()	Alta a Pedido ()	Local: _____
Piorando ()	Transferência ()	
Óbito + 48h ()	Evasão ()	
Óbito - 48h ()	Indisciplina ()	
Óbito em ____/____/____		
Hora: _____		

[Assinatura]
Médico Responsável

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL 2019
PROTOCOLO

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

Identificação do Estabelecimento

NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:
HOSPITAL REGIONAL RUI DE BARROS CORREIA - ARCOVERDE

MÉDICO SOLICITANTE:
EDUARDO HENRIQUE WANDERLEY ARCOVERDE

DATA DA SOLICITAÇÃO:
28/04/19 16:27

Nº SOLICITAÇÃO:
557096

Identificação do Paciente

NOME DO PACIENTE:
ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

DATA DE NASCIMENTO:
05/04/1992

Nº DO PRONTUÁRIO:

SEXO:
MASCULINO

NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:
ISABEL CRISTINA DA SILVA

TELEFONE DE CONTATO:
87991150586

ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO):
RUA C VILA SÃO JOSE, 28, SÃO GERALDO

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
ARCOVERDE

CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
2801201,00

UF:
PE

CEP:

Dados sobre o Transporte

MEIO DE TRANSPORTE:
AMBULÂNCIA

DATA DE EMISSÃO:
08/05/19 07:29

OBSERVAÇÃO:

OBSERVAÇÃO EXECUTANTE:

Regulador

MÉDICO REGULADOR:
DEBORAH SCHOR

TIPO LISTO:
CIRÚRGICO

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

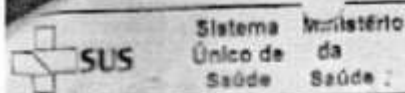
Executante

ESTABELECIMENTO:
CASA DE SAÚDE SÃO VICENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
07/05/19 19:25

MÉDICO AUTORIZADOR:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 6 0 1 9 7 5 7 8 2 0 0 0 0 2

8 - DATA DE NASCIMENTO

05 / 04 / 1992

9 - SEXO

MASC ☒ 1

FEM ☐ 3

10 - RAÇA/COR

PARDA

12 - TELEFONE DE CONTATO

8 7 9 9 1 7 7 2 2 6 1

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

11 - NOME DA MÃE

ISABEL CRISTINA DA SILVA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA C, 28 SAO GERALDO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

ARCOVERDE

17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

2601201

18 - UF

P/E

19 - CEP

5 6 5 1 5 2 6 0

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Posição pré-falçada HSE, alby-
meidade de recatamento e fratura
e, calcear, dor e fratura
movs - artroses articulares e -

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Desabilitação progressiva

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

Rx Chaveirada e AD
Fratura Chaveirada e

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

S420

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

23 JUL 2013

PROTOCOLO

AGENCIA RECET

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia

0408010150

29 - CLÍNICA

30 - LOCAL DE INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSISTENTE)

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - Nº DO BILHETE

42 - SÉRIE

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CNPJ DA EMPRESA

45 - CNPJ

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CNPJ) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

261910502529-1

02

02

09.05.11.05.19

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

52 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CPF: 153.272.214-15 CRM: 8503

Médico Autorizador

XIGERES



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

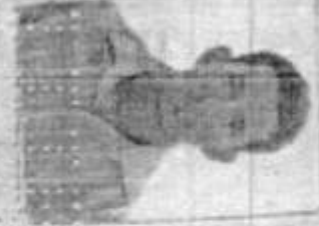
Data Atend: 09/05/2019	Atendimento: 0014972	Quarto/leito: 202 / 2
Paciente: 00115967 - ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO		
Cirurgia Realizado:		N. do Procedimento:
Osteossintese da clavícula E		0408040150
Data: 10/05/19	Início:	Término
Cirurgião: R. de		
1º Auxiliar: ANTONIO		
2º Auxiliar:		
Anestesista: C. O. S.		
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA:		
Seu paciente com fratura de clavícula E + luxação face anterior. Luxação da articulação E destruição por fratura. Abordagem plano osseo. Redução e fixação do osso com o fio KIRSCHNER Sutura por plano e definitivo		
Antônio Rodrigues de Freitas CRM 7351 CPF: 058.552.003-25		
Assinatura do Cirurgião		



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO 02R-03

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO CARVALHO RIBEIRO



ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

CARTÃO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 8.900.576 DATA DE EMISSÃO 20/05/2019

NOME << ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO >>

PATRON << ALUIZIO MIGUEL DO NASCIMENTO >>

MATERNIDADE << ISABEL CRISTINA DA SILVA >>

NATURALIDADE ARCOVERDE - PE DATA DE NASCIMENTO 05/04/1992

DIGIT. ORDEM << CN. 27884 L.25 F.85 CART. ARCOVERDE - PE 01.10.1992 >>

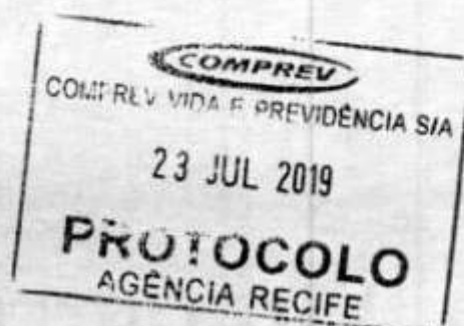
CPF 102.753.744-83

PABLO A. B. SILVA DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
GERENTE DO SETOR

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 05/08/93

Contato Perícia: (87) 9.9988-5158
(87) 9.9243-8886



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443356 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 28/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: APRESENTA RIGIDEZ ARTICULAR DO OMBRO ESQUERDO COM LIMITAÇÃO MODERADA AOS MOVIMENTOS DE ADUÇÃO, ABDUÇÃO, RA E RP. RELATA DOR LOCAL E LEVE PERDA DE FORÇA MUSCULAR.

Resultados terapêuticos: BOA CONSOLIDAÇÃO ÓSSEA. SEM DEMAIS A RELATAR.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 12/09/2019

Conduta mantida:

Observações: REALIZOU EM TORNO DE 40 SESSÕES DE FISIOTERAPIA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190443356 **Cidade:** Arcoverde **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 28/04/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE COM FIO DE KIRSCHNER) E ALTA. P7

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @3 PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	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-0249845/19

Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

CPF: 102.753.744-83

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 28/04/2019

Titular do CPF: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO : 102.753.744-83

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: 23/07/2019
Nome: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO
CPF: 102.753.744-83

ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/07/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190443356

Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443356

Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

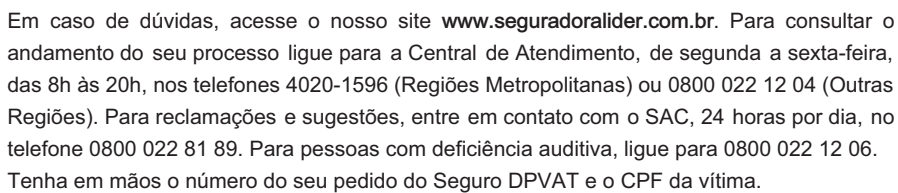
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

Rio de Janeiro, 15 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190443356 Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

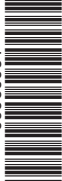
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443356

Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 27 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443356

Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

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

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

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190443356

Vítima: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

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: ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000007922

Conta: 0000016137-2

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: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 102.753.744-83 4 - Nome completo da vítima: Allan Kleber Silva do Nascimento

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

5 - Nome completo: Allan Kleber Silva do Nascimento 6 - CPF: 102.753.744-83
7 - Profissão: Ajudante Pedreiro 8 - Endereço: Rua C 9 - Número: 28 10 - Complemento: Casa
11 - Bairro: São Geraldo 12 - Cidade: Arcoverde 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56515-260
15 - E-mail: 16 - Telefone: _____

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECLUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 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 (343) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (304)
AGÊNCIA: 0915 CONTA: 985460409 6 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir) (Informe o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

34 - Impugnação legal da vítima ou beneficiário: _____
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: Arcoverde-Pe, 05/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ALLAN KLEBER SILVA DO NASCIMENTO

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____

43 - Assinatura do Procurador: _____

FPS.001 V002/2019

COMPREV
COMPRV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
23 JUL 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE