
Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048335

Vítima: ABIMAEL JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ABIMAEL JOSE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 03 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048335

Vítima: ABIMAEL JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ABIMAEL JOSE DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200048335

Vítima: ABIMAELO JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 14/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ABIMAELO JOSE DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

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

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: **ABIMAELO JOSE DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.531,25**

Banco: **104**

Agência: **000002551**

Conta: **0000036029-9**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200048335

Cidade: Surubim

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ABIMAEL JOSE DA SILVA

Data do acidente: 14/07/2019

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

Descrição do exame físico: AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA EDEMA ARTICULAR EM TORNOZELO (3+/4+) COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO E EXTENSÃO IMPORTANTE, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO E EVERSÃO EM 5°, EDEMA GENERALIZADO QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DISTAL E PROXIMAL DA PERNA DIREITA, VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE EM REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, ASSOCIADO A UM EDEMA QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DO PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO (2+/4+), MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

Resultados terapêuticos: FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA BIMALEOLAR EM TORNOZELO DIREITO COM USO DE PLACA DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS E PLACA 3.5 MM, RECEBEU ALTA NO DIA 27/07/2019. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL GRAVE DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/02/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA INDENIZADA ANTERIORMENTE EM 50% DO TORNOZELO ESQUERDO, COMO FOI ESGOTADO A LATERALIDADE DO SEGMENTO NO SISTEMA, OPTADO POR COLOCAR O DANO EM OUTRO SEGMENTO COM MESMA VALORAÇÃO DEFERIDA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

**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: 3200048335
Nome do(a) Examinado(a): Abimael Jose da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Av Severino Ramos C de Melo, 260
Lo Maria Catarina Toritama PE CEP: 55125-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 7311846
Data local do acidente: [14/07/2019]
Data local do exame: [17/02/2020] GOIANA [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DO TORNOZELO DIREITO

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 14/07/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA DO TORNOZELO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE FIXAÇÃO DE FRATURA BIMALEOLAR EM TORNOZELO DIREITO COM USO DE PLACA DCP 4.5 MM MAIS PARAFUSOS CORTICAIS E ESPONJOSOS E PLACA 3.5 MM, RECEBEU ALTA NO DIA 27/07/2019. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA EDEMA ARTICULA EM TORNOZELO, EDEMA GENERALIZADO QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DISTAL E PROXIMAL DA PERNA DIREITA, VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE EM REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO ASSOCIADO A UM EDEMA QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DO PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO (2+/4+), MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

Data da Alta: 27/07/2019

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

AO EXAME DO TORNOZELO DIREITO: APRESENTA EDEMA ARTICULA EM TORNOZELO (3+/4+) COM BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25°, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°, COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO E EXTENSÃO IMPORTANTE, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO E EVERSÃO EM 5°, EDEMA GENERALIZADO QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DISTAL E PROXIMAL DA PERNA DIREITA, VASCULOPATIA PERIFÉRICA IMPORTANTE EM REGIÃO DO TORNOZELO DIREITO, ASSOCIADO A UM EDEMA QUE SE ESTENDE ATÉ REGIÃO DO PÉ COM SINAL DO CACIFE POSITIVO (2+/4+), MARCHA CLAUDICANTE COM NECESSIDADE DE USO DE MULETA CANADENSE PARA LOCOMOÇÃO.

- 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:

**BLOQUEIO ARTICULAR DURANTE A EXTENSÃO
DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO EM 25°
DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO EM 20°
COMPROMETIMENTO DA FLEXÃO E EXTENSÃO
DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO E EVERSÃO EM 5°**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem seqüela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

TORNOZELO - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Tiago Martins Formiga

CPF - 051.447.734-27

CRM/PB - 8085


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

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: 059.868.594-48 4 - Nome completo da vítima: ARI MAEL ZOLIM SILVA

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

5 - Nome completo: ARI MAEL ZOLIM SILVA 6 - CPF: 059.868.594-48
7 - Profissão: AGRICULTOR 8 - Endereço: AV. SEVERINO ROMÃO, 1.700, MOURA
9 - Número: 260 10 - Complemento: 604
11 - Bairro: LOTE MANOEL CARNEIRO 12 - Cidade: Tonibina
13 - Estado: PG 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: AGRICULTOR 16 - Tel. (DDD): (81) 99304-6299

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☒ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos citados. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 2553 CONTA: 36029 9

AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

Solicito o encaminhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Gou 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/vivências? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Tonibina (PE), 29/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CAIXA

POUPANÇA



4392 6719 2244 9612

ABIMAEI JOSE DA SILVA

2551 013 00036029-9

10/24

VISA

Electron

Válido only in Brazil / Válido apenas no Brasil



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 664ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0154000092

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 23/01/2020 às 07:50

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 14/7/2019 às 19:30

Natureza Jurídica: **QUEDA DE CAMINHÃO**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, PRÓXIMO A ENTRADA DA CIDADE - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
ISRAEL RAMOS LEITE (OUTRO)
ABIMAEI JOSÉ DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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

ABIMAEI JOSÉ DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** - Mãe: **LUCINEIDE MARIA DA SILVA** - Pai: **ADEILDO JOSÉ DA SILVA** Data de Nascimento: **25/6/1988** Nacionalidade: **CARIARIU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documento: **7311845/SSS/PE (RG) 05388839448 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)**
Endereço Residencial: **AVENIDA SEVERINO RAMOS C DE MELO, 260, CASA - CEP: 0 - Bairro: LOTEAMENTO MARIA CATARINA - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Raim de Ajuda: **NÃO INFORMADO**

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

ISRAEL RAMOS LEITE (não presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

VEÍCULO CAMINHÃO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ISRAEL RAMOS LEITE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ABIMAEI JOSÉ DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **CAMINHÃO M.BENZL 1113** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **RRZ1381** (PERNAMBUCO/TORITAMA) Chassi: **344014413827228**
Ano Fabricação/Modelo: **1984/1984** Combustível: **DIESEL**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA 14/07/2015 QUANDO POR VOLTA DAS 19:30 HORAS SE DESLOCAVA PARA SUA RESIDÊNCIA E AO PASSAR NA ENTRADA DA CIDADE DE SURUBIM-PE ONDE FOI VISITAR PARENTES, AO TENTAR PARAR O CAMINHÃO QUE O MESMO ESTAVA DE POSSE, QUANDO IA DESCER O CAMINHÃO NO ACOSTAMENTO, O VEÍCULO DESCEU ONDE O MESMO DESEQUILIBROU-SE AO SOLO, SENTINDO FORTES DORES NA REGIÃO DOS PÉS, FOI SOCORRIDO PARA A UPA DE SURUBIM E POSTERIORMENTE TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO ACRESTE, DURANTE O PERÍODO DA MADRUGADA FOI DETECTADO FRATURA DA TÍBIA E FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO EM BEZERRAS-PE ONDE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA.

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

ABIMAEI JOSÉ DA SILVA

(VÍTIMA)

Abimael José da Silva

S.O. registrada por: ~~SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO~~ - Matrícula: 159.816-3

Severino Evaldo do Nascimento

Comissão Especial de Polícia

Mot. 159.816-3



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 059.868.594-48 4 - Nome completo da vítima: ADRIMAIL JONAS SILVA

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

5 - Nome completo: ADRIMAIL JONAS SILVA 6 - CPF: 059.868.594-48
7 - Profissão: NENHUMA 8 - Endereço: AV. SEVENTH NA RUA C. DE MORA 9 - Número: 260 10 - Complemento: 608
11 - Bairro: LOTO MANA UBERABA 12 - Cidade: Tonibma 13 - Estado: PG 14 - CEP: 55125-000
15 - E-mail: NENHUMA 16 - Tel (DDD): (81) 99304-6299

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATE R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATE 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 citados. Assinale uma opção): ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 2551 CONTA: 36029 9 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 Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

40 - Local e Data: Tonibma (PE) 29/01/2020
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): ADRIMAIL JONAS SILVA

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ABIMAEI JOSE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02551

CONTA: 000000036029-9

Nr. da Autenticação 6E62D04B3DE6B8B0



Via para Pagamento

Nota Fiscal - Fatura/Conta de Energia Elétrica

Dados do Cliente

LUCINEIDE MARIA DA SILVA

AV SEVERINO RAMOS C DE MELO 260 CS -

LOTTO MARIA CATARINA/TORITAMA -

55125-000 TORITAMA PE -

Atendimento ao Cliente



CELPE - 116

Atendimento 24 horas

ANEEEL 167

Ligação gratuita de telefones fixos e móveis

Conta Contrato

007015848884

Nº da Nota Fiscal

092076999

Período de Fornecimento

14/12/2019 a 11/01/2020

Data da Nota Fiscal

11/01/2020

Valor Nota Fiscal (R\$)

R\$ 110,35

Data de Vencimento

17/01/2020

BANCO DO BRASIL S/A	001-9	Vencimento	17/01/2020	Agência/Cod. Cedente	3064-3/54427-2	Exercício	R\$	Quantidade	Valor do Documento	(-) Descontos/abatimento
(-) Outras deduções	(+) Multa/multa por dia de atraso		(+) Outras alterações		Ficha de Caixa		Autenticação Mecânica			
Nosso Número	Nº do Documento		Valor Cobrado							
32174750101898432	0501475708		R\$ 110,35							

ICMS: Base de cálculo R\$ 0,00 Alíquota: 25,00 Valor do imposto: R\$ 24,57

Destaque aqui

BANCO DO BRASIL S/A 001-9 00190.00009 03217.475015 01898.432172 4 81370000011035

Local de Pagamento

Pagável na rede bancária

Vencimento

CONTRA APRESENTAÇÃO

Cedente

Companhia Energética de Pernambuco - Celpe

Agência/Cod. Cedente

3064-3/54427-2

Data Emissão

11/01/2020

Nº Documento

0501475708

Exercício Doc

Anexo

N

Data process

Nosso Número

32174750101898432

Carteira

17

Moeda

R\$

Quantidade

Valor

Valor do Documento

R\$ 110,35

Instruções

1. Multa por atraso de pagamento: 2% a ser cobrada na próxima fatura, resolução 414/2010-ANEEL.

2. Juros por atraso no pagamento: 1% a.m. a ser cobrado na próxima fatura, resolução 414/2010-ANEEL.

3. Atualização Monetária: sobre IGPM - Res. 414/ANEEL de 09/09/10 a ser cobrada na próxima fatura.

4. Pagável nos canais de recebimento da rede bancária.

5. Usar a opção "TÍTULOS" para pagamento em canais eletrônicos ou internet.

(-) Descontos/abatimento

(-) Outras deduções

(+/-) Multa/multa por dia de atraso

(+/-) Outras alterações

(+/-) Valor Cobrado

R\$ 110,35

Assinado

LUCINEIDE MARIA DA SILVA

46187820487

Assinado: Assinatura

007015848884

PAGAMENTOS COM CHEQUE SOBRENTE NÃO SÃO CONSIDERADOS

QUITADOS APÓS COMPENSAÇÃO

Ficha de Compensação

Autenticação Mecânica





HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: ABIMAEI, JOSE SILVA

Atendimento: 525315

Prontuário: 341801

Data Name: 25/03/1986

Idade: 33

Sexo: MASCULINO

Cor. PARDA

Religion:

CPT₂

RG:

CNS:

Endereço: RUA LAGOA DO OURO

Bairro: BOA VISTA

Cidade: CARUARU

 $\Delta^2 \approx 0$

CEP: 55038120

Form: 73136822

Profissão:

Estado PE

Nome da Mãe: LUCINEIDE MARIA DA SILVA

Acompañante:

Motivo do Atrasamento: ATT COM AUTOMÓVEL

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2.4. ATENDIMENTO

Data: 1531772619.00.50

Medico: MEDICO PLANTONISTA

Quelva Principal / HDA:

Parents victim or require to counsel
 Arrested Person requires to rationalize family

Exam Field:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

سویں اور دسویں صدی

24 25

Diag. Proviedrio:

Fasten Rocken zu korrigieren. 0.12

- Integrating P1 + the c.c.

De Talpaz Cintra

Journal of Transcendentalism
Volume 14, Number 1, Spring 2010

- Taus Gewinn Suizidmord ca.

Prescrição

Diets:

Center

Horatio



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA

HRA
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____/____/____

Assinatura

Autorização de Procedimento

() Paciente () Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evolu-se () Termo de Alta a Pedido

() Transferência: HJR () Internamento _____

Condição de Alta

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

Data: ____/____/____ Hora: _____ Médico: _____ CRM: _____

15/07/2019 00:09:55
2 de 2

Usuário do Atendimento
ROSANGELASSB



UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

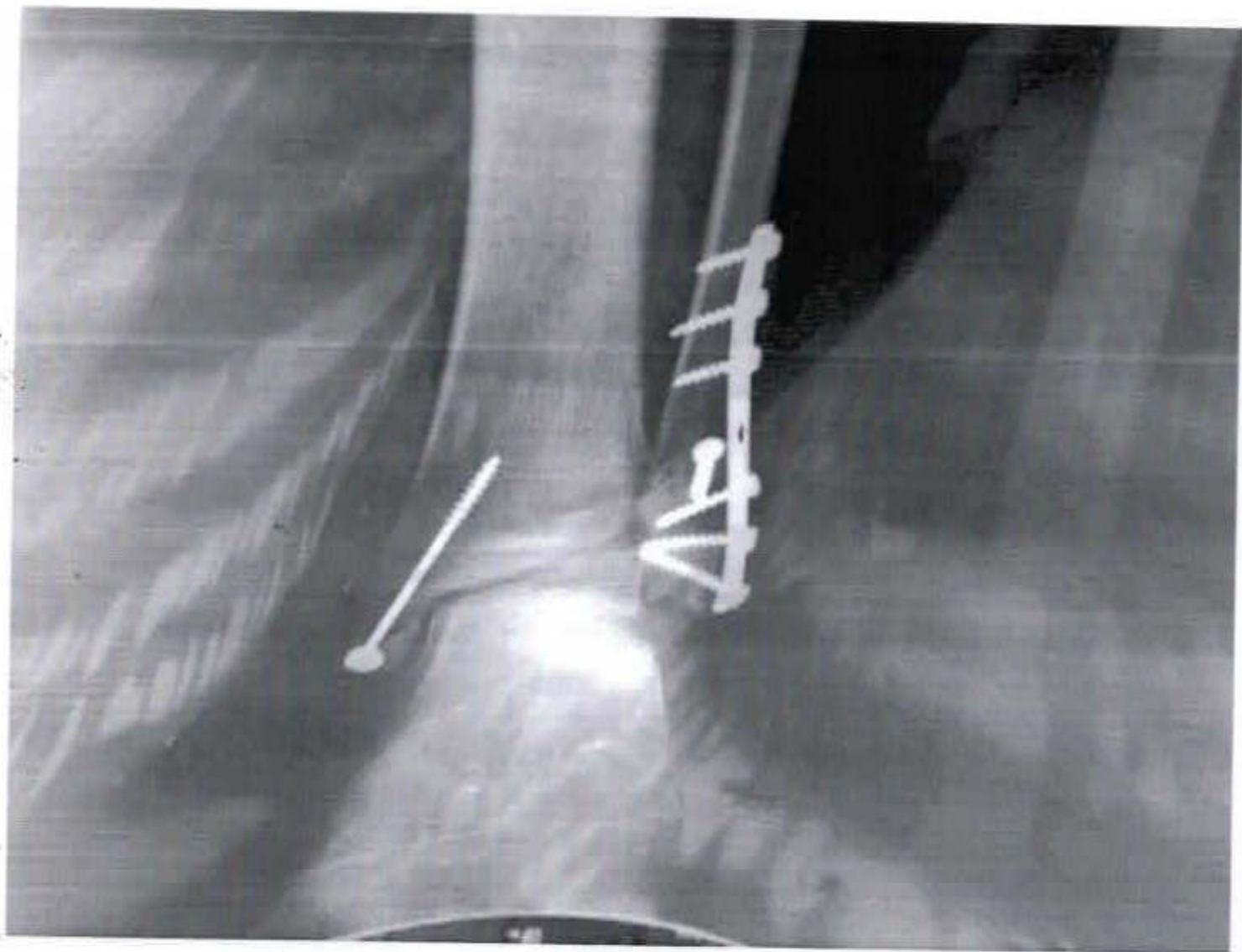
Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Dr. Gentil Augusto da Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Série = HRA
5227454

Hospital Local: <u>Upa</u>		Município: <u>Surubim</u>	
Nome do Paciente: <u>Abner de Jesus Silva, 33 anos</u>		data de Nascimento: <u>25/06/1986</u>	
1º Via Hospital de destino/2º Via Hospital local Quadro Clínico: <u>Paciente vítima de Torção da Tornozela Direita. Reduzida e estabilizada. Após a fixação com tala e gesso no tornozelo. Paciente estável hemodinamicamente e/PA 160x90mmHg, FC = 120bpm, SpO2 98% em ar ambiente.</u>			
HD: <u>Fratura de fíbula distal + OMO do tornozelo.</u>			
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente		CRM:	DATA:
<u>Dr. José Igor E. da Silva</u> <u>Médico</u> <u>CRM-PE 28372</u>		<u>Dr. José Igor E. da Silva</u> <u>Médico</u> <u>CRM-PE 28372</u>	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:	DATA:
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saida
	Motivo (Registro Detalhado)		
	Assinatura do (a) médico (a):		
2ª REMOÇÃO	2º Hospital de Destino:	Município:	Hora Saida
	Motivo (Registro Detalhado)		
	Assinatura do (a) médico (a):		
Assinatura do Responsável			
Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem		COREN:	
Assinatura do Motorista		Placa da Ambulância:	





RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

PREENCHER POR UM MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	34/7/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	34/7/19
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	Abimael José Silva		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Fratura de Tornozelo Direito		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	Tratamento Cirúrgico de Tornozelo Direito Até 27/7/19		
ALTA MÉDICA:	☒ SIM ☐ NÃO		
EXISTE ALGUM DEFÉITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM ☒ NÃO		
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:	☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECLUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA (SE DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO); ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE E, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECLUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.		

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

	SEGMENTO ANATÔMICO (ou ÓRGÃO AFIETADO)
1ª	Tratamento cirúrgico com placa tipo de
2ª	fratura com pontos plásticos, sendo de
3ª	proteção interna e externa com rigidez articular
4ª	livre de flexão e extensão do membro
5ª	75% grave

VERBAS DE INCAPACIDADE OU INVALIDEZ À VÍTIMA NO PERÍODO DE 12 MESES DE 25/11/20

Assinatura e Carimbo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

08 R-53

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL



POLEGAR DIREITO



Adriano Gomes da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

7.311.846

DATA DE
EXPEDIÇÃO

04/03/2010

NOME

<< ABIMAEI JOSÉ DA SILVA >>

FILIAÇÃO

<< ADEILDO JOSÉ DA SILVA >>

<< LUCINEIDE MARIA DA SILVA >>

MUNICIPALIDADE

ARUARU - PE

DATA DE NASCIMENTO

25/06/1986

IDENTIFICADOR << CN.8006 L.07A F.188V CART.

ARUARU-PE 06.05.2008 >>

059.868.594-48

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-38 3.015

- 3022



DETRAN-PE



Informações sobre o veículo

Placa: MMZ-1361

Espécie/ Tipo: CAR / CAMINHAO

Marca/ Modelo: M.BENZ/L 1113

**Capacidade/ Potência/ Cilindrada: 0
/ 145 / 0**

Cor predominante: AZUL

Chassi: 34401412627228

Combustível: DIESEL

Ano fabricação/ Ano modelo: 1984

**VÍTIMA NÃO COMPARECEU À
PERÍCIA MÉDICA.**

SOLICITAR REAGENDAMENTO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040207/20

Vítima: ABIMAEEL JOSE DA SILVA

CPF: 059.868.594-48

Seguradora: BRASILSEG COMPANHIA DE SEGUROS

Data do acidente: 14/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ABIMAEEL JOSE DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ABIMAEEL JOSE DA SILVA : 059.868.594-48

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: 29/01/2020
Nome: ABIMAEEL JOSE DA SILVA
CPF: 059.868.594-48

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

ABIMAEEL JOSE DA SILVA

Steffany Carolyn Lins Veloso