

# ITAU - UNIBANCO

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 06/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.350,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

BANCO: 341

AGÊNCIA: 02746

CONTA: 00000002522-6

---

Autenticação:

BC8032CF1D3CF1FF4474EBFCED099749BD972D67BFB473738FFED2DEAB413E02

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190277442      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENIVAL ANDRE DE ARAUJO      **Data do acidente:** 25/12/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO COMPLETA DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA, LEVE  
**físico:** DESVIO ROTACIONAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
		<b>Total</b>	<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190277442      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENIVAL ANDRE DE ARAUJO      **Data do acidente:** 25/12/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 18/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO 3º E 4º METACARPO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (LIMPEZA CIRÚRGICA, REDUÇÃO INCRUENTA, SUTURA, CURATIVO E TALA GESSADA) E ALTA MÉDICA. PÁG 4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

**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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190277442      **Cidade:** Parnamirim      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** GENIVAL ANDRE DE ARAUJO      **Data do acidente:** 25/12/2018      **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

**Descrição do exame** LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO COMPLETA DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA, LEVE  
**físico:** DESVIO ROTACIONAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

**Resultados terapêuticos:** RESULTADOS ADEQUADOS COM O TRATAMENTO PRECONIZADO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDO E LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

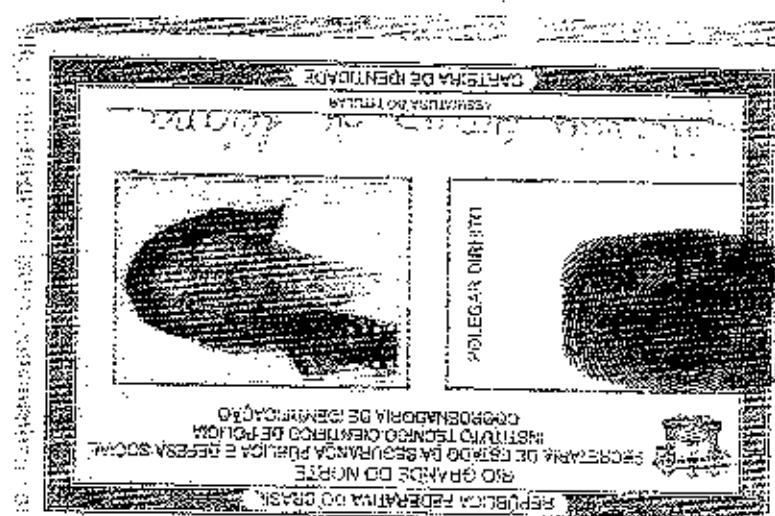
## DANOS

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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau médio - 50 %	10%	R\$ 1.350,00
<b>Total</b>			<b>10 %</b>	<b>R\$ 1.350,00</b>

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	005-215-102	DATA DE EMISSÃO	30/04/2012
NAME			
MARCELA SANTOS DE LIMA			
POSSUI:			
MARCELA SANTOS DE LIMA ESTADISTA SANTOS MARCOS DE FREITAS			
MATERIALIZADA:			
ARMADA F.F.		DATA DE MATRIMÔNIO	
CIVIL, DE CASAMENTO 1-4292 P-120 R-50137		07/08/1993	
MUN. - RJ-4 CARATINGA			
CEP 217.300-246-47			
26.416		<i>Willis</i>	
ITER			

**RECEBIDO**  
**15 ABR 2012**  
**TERRADO SOLADM.**  
**E CORRETORA DE SEGUROS.**



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128556/19

**Vítima:** GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

**CPF:** 316.659.264-49

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 25/12/2018

**Titular do CPF:** GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### MICARLA SOARES DE LIMA : 017.393.244-47

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

### GENIVAL ANDRE DE ARAUJO : 316.659.264-49

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](http://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: 15/04/2019  
Nome: MICARLA SOARES DE LIMA  
CPF: 017.393.244-47

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/04/2019  
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA  
CPF: 021.292.004-94

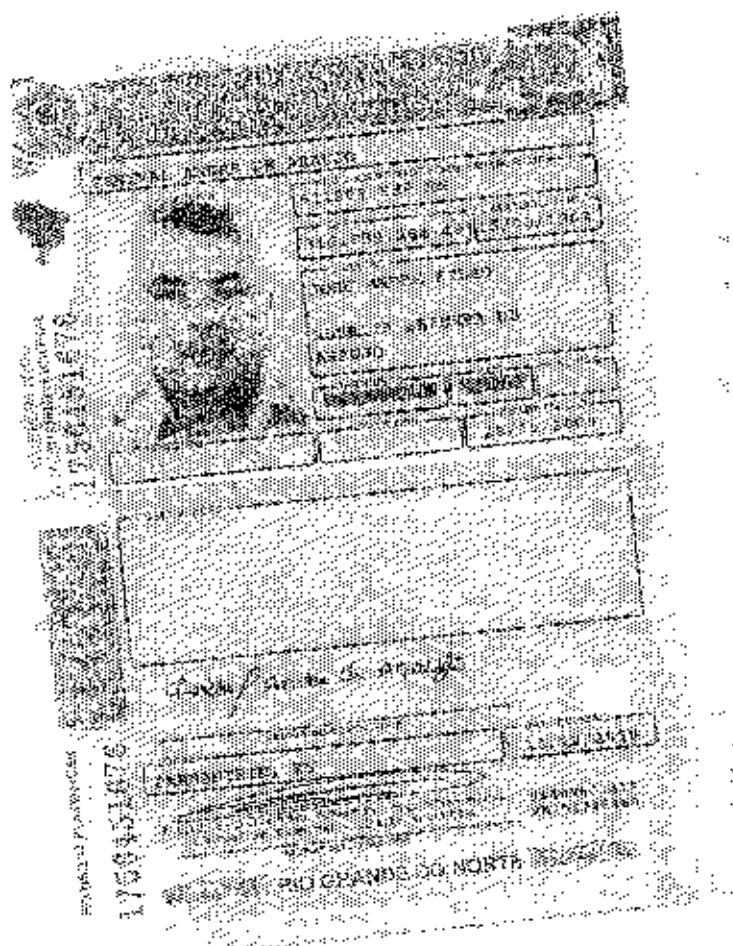
MICARLA SOARES DE LIMA

GERCIA LOURENCO DA SILVA

RECEIVED  
FEDERAL BUREAU OF INVESTIGATION

16 AUG 1970

COMMODORE GENE  
SCHROEDER JR.





BOLETIM DE ATENDIMENTO N° 67648 /2018

Admissão: 25/12/2018 02:34:08

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **107441 - GENIVAL ANDRE DE ARAUJO** (56 a 9 m 10 d)

Nascimento: 15/03/1962 Natural: CORONEL EZEQUIEL BRASIL

Sexo: M Cor: SEM  
INFORMACAO

CNS:

CPF:

Prof:

Mãe: ADERITA BEZERRA DE ARAUJO

Pai:

Logradouro: ANTONIO CERILO DE MESQUITA, 33

CEP: 59164000

Bairro: PIUM

Cidade: NISIA FLORESTA

Telefone: 84 991701620

Compl:

**Motivo: MOTO X CARRO - COLISÃO**

**Tipo: PACIENTE SAD**

**Origem: H DEOCLECIO MARQUE LUCENA**

\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 25/12/2018 02:32:05

HORA	P.A.	HGT	SatO2	Fio2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

**HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA**

Queixas: Colisão carro / moto - trauma na mão E com fratura exposta + trauma com corte em joelho E

Hora: 02:00 Paciente encaminhado da HDML vítima de colisão moto - carro,  
já havendo previsão para C6 e ortopedia.

Apresenta Frx exposta lm mao E necessitando de limpeza cirúrgica.

**EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)**

A V/A pulmões nl anêmona.

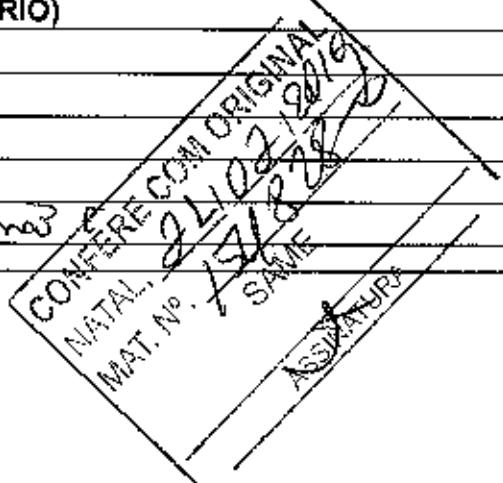
B Abd. NL bldg. a/RR

C R/ce em ZT clarete

D Glasgow 15

E escoriações em joelho E e ferimento em mao

OUTRAS OBSERVAÇÕES:



Saida:

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*festas segundas as 4º e 5º mês*



## GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

EVOLUÇÃO  
MULTIDISCIPLINAR

Nome:

Jenival Andrade de Araújo

Leito:

Idade:

Nº Registro:

DATA

25/12/13

## EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Raios X: Pneumotórax apical direito com pleura líquida  
reduzido. Lesões ósseas no tórax e molação grande  
 tipo talco. Fibrinose 30%.  
O: Vida presto (S).

Francisco Caninde Júnior  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Coluna Vertebral  
CATRIH 4720



IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Junior, André de Araújo* Reg. N°

Diagnóstico pré-operatório: *fratura expandido 4º, 5º e 6º E*

Indicação terapêutica: *Luxação complexa + Redução* Urgência () Eletiva ()

INTERVENÇÃO + *Redução fechada*

Data: *05/12/13* Início: Término: Duração:

Operador: *FG (André Araújo)* CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

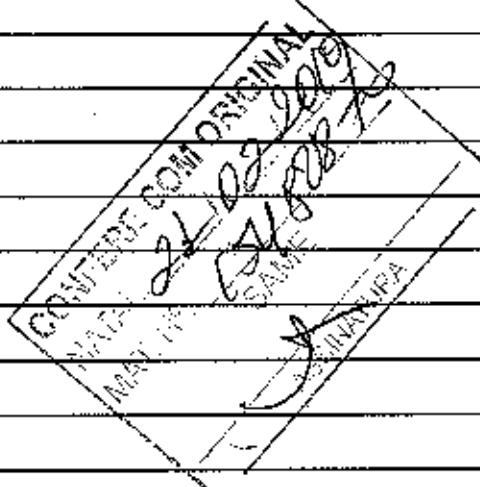
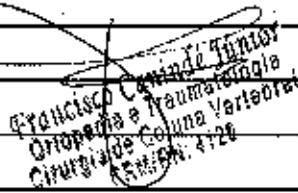
2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: *Moisés* CRM/CRO:

RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

*Paciente do HGN, com antecedentes de luxação, rebote de 6º e operações de luxação anterior e/ou fixação, redução, inclinação, luxações, tendo processo*



Coleta de material anatomo-patológico: () NÃO () SIM QUAL?

Coleta de material para microbiologia: () NÃO () SIM QUAL?

## EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A(ALERGIAS)

M(MEDICAÇÃO EM USO)

P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)

L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)

A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)

V(PASSADO VACINAL) VAT hor 15 anos

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

## CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

Orientado tomar reforço da VAT.

Referir-se ao exame de hemograma e  
prescrições  
sem conduta de urgência pela Cr (QualDra Ana Cecília Matias  
MEDICA  
CRM-RN 9164

## LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

VAT - m (reforço 9:15 M/CP)

Realizado mapa da ferida em folha  
esquadrado clássica + Anestesia +  
anestetico com Lidocaína 2% + Rápido com  
Nylon 3-0.① Cefalotina 1G f.v. qd/24h  
② Dipirona 500g Olmp + 18g/l 430,6V

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

Dra. Ana Cecília Matias  
MEDICA  
CRM-RN 9164

## ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedico

HORA: 02:43

DATA: 25/12/08

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:  
DATA / / HORA

HORA

## INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:

OBITÓ: DATA / / HORA

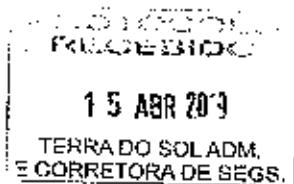
ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) ITEP

**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE**

> RESULTADO > AUTENTICAÇÃO > Boletim de Acidente de Trânsito  
VISUALIZAÇÃO DO DOCUMENTO DIGITALIZADO

O boletim nº 101456 foi registrado em nosso banco de dados em 31/12/2018 às 10:21:28 com o código de controle 8731

[NOVA CONSULTA](#)





1 - LOCAL E DATA

Local RN-313 Bairro CAJUPIRANGA  
 Cidade/UF PARNAMirim / RN P. Ref. TIKKER AGAI, Nº 1000  
 Data 23/11/2013 Hora do acidente 22:40 Hora do registro 00:20 Dia da semana TERÇA-FEIRA

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> - Colisão Frontal   | <input checked="" type="checkbox"/> - Colisão Lateral | <input type="checkbox"/> - Capotamento | <input type="checkbox"/> - Atropelamento  |
| <input type="checkbox"/> - Colisão Posterior | <input type="checkbox"/> - Colisão Transversal        | <input type="checkbox"/> - Choque      | <input type="checkbox"/> - Outro(s) _____ |

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi PNT 7904 Cidade MISIA FLORESTA UF RN  
 Marca/Mod. HONDA CG 150 TITAN Cor CINZA Ano 2010 / 2010  
 Proprietário GONCALVES ANDRE DA AGUAJO Nº de Ocupantes 4  
 Condutor GONCALVES ANDRE DA AGUAJO Data de Nasc. 15/10/1967  
 Endereço AV. ANTONIO CERICO DE MENDONCA Nº 33 Fone 9.3776533  
 Bairro COLONIA DE VILA Cidade URSINA FLORESTA UF RN  
 CPF/Nº 316.659.264-49 CNH N° 04793649303 Validade 19/11/2018 Categoria A  
 Local de Trabalho CDL MAR DE COQUEIRO Fone \_\_\_\_\_  
 End. Avg. 2030 SCABEN Nº 1040 Bairro ESTUARO Cidade PARNAMIRIM

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi MBI 5735 Cidade PARNAMIRIM UF RN  
 Marca/Mod. ELAN / PAULO NEGRÃO Cor VERMELHA Ano 2009 / 2009  
 Proprietário PAULO ANDRE DA SILVA MESQUITA Nº de Ocupantes 4  
 Condutor PAULO ANDRE DA SILVA MESQUITA Data de Nasc. 13/12/1970  
 Endereço RUA JAYAO Nº 15 Fone 9.91603777  
 Bairro ECOPARQUE PARQUE das NOVIDADES Cidade PARNAMIRIM UF RN  
 CPF/Nº 034.695.544-01 CNH N° 02327336940 Validade 07/11/2021 Categoria A/B/P  
 Local de Trabalho UBER Fone \_\_\_\_\_  
 End. Avg. 3 ALGAS (CIPRO) Nº 1001 Bairro ESTUARO Cidade PARNAMIRIM

RECEBIDO

15 ABR 2013

5 - VEÍCULO 03

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
 Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
 Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 CPF/Nº \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
 Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

6 - VEÍCULO 04

Placa ou Chassi \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 Marca/Mod. \_\_\_\_\_ Cor \_\_\_\_\_ Ano \_\_\_\_\_  
 Proprietário \_\_\_\_\_ Nº de Ocupantes \_\_\_\_\_  
 Condutor \_\_\_\_\_ Data de Nasc. \_\_\_\_\_  
 Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
 CPF/Nº \_\_\_\_\_ CNH N° \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
 Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
 End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

## VERSÕES DOS CONDUTORES

**SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? RN-313**

Em que sentido? PRIM BR-101

Versão do condutor ALGÉM DIZ TRANSITAVA NA RN-313 DENTRO BR-101, QUANDO V1 INTROU A V1 ATRASOU A LATERAL DO V1.

**Assentaria do Condutor de V1**

**SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? RN-313**

Em que sentido? BR-101 / PRIM

Em que faixa? FAIXA ÚNICA  
Versão do condutor CONDUTOR ALGÉM QUE TRANSITAVA NA RN-313, DENTRO BR-101, V1 N. FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO AS FAIXAS SE CONVERGIRAM FAZIA UMA FAIXA, NÃO PERCEBENDO JUBILO O CONDUTOR COMEÇOU A TENTAR SLOPE, MAS O CICLISMO FUXOU, E ALGUMAS UNHAS FERTE OS V1 GATRON NA COSTA MAIS AVANÇADA A LATERAL DO V1.

**SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?**

Em que sentido?

Versão do condutor

**Assentaria do Condutor de V3**

**SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?**

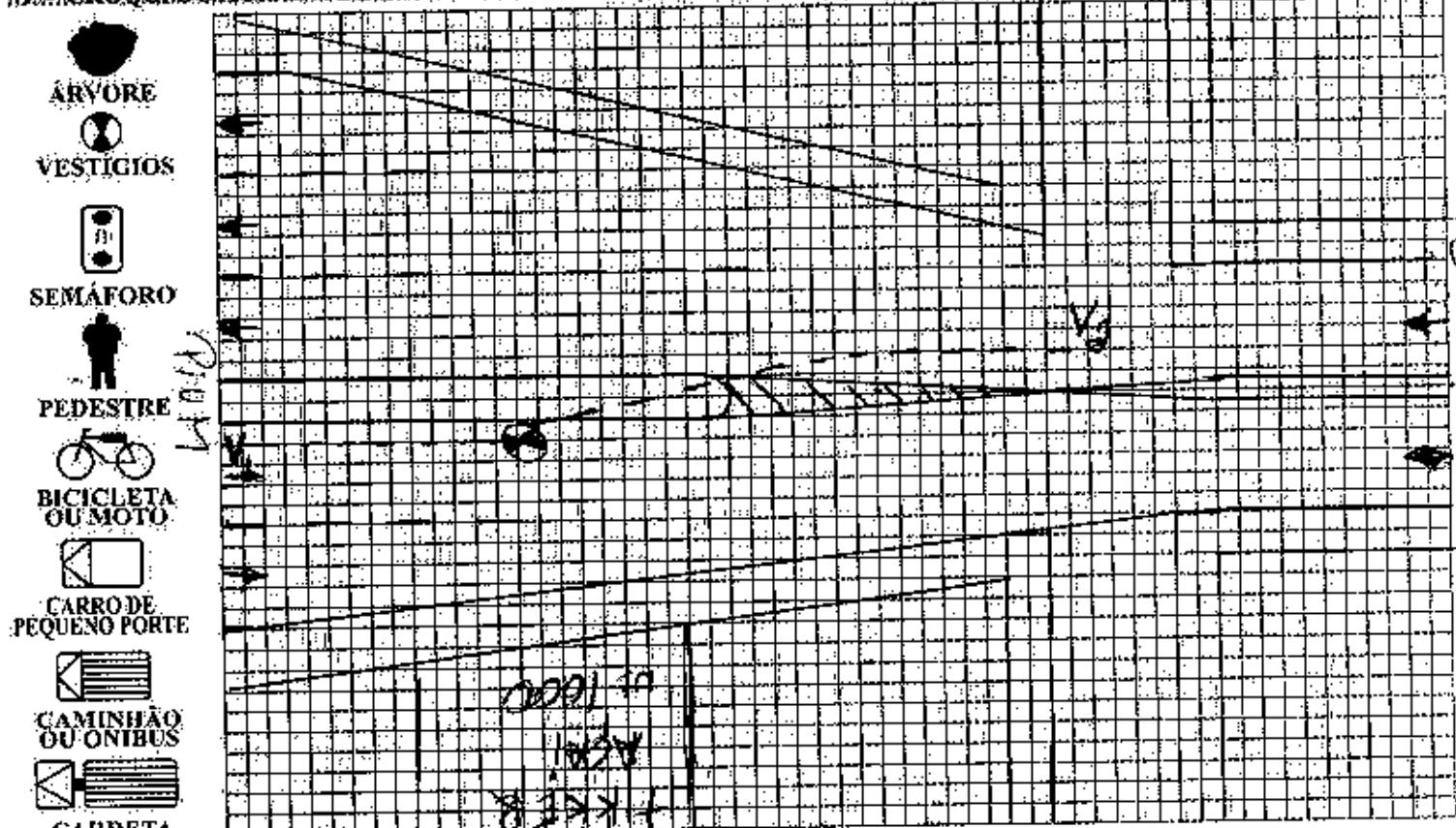
Em que sentido?

Versão do condutor

**Assentaria do Condutor de V4**

© 170 ND (2015) 14

#### **Opportunities for Posterior Transc**



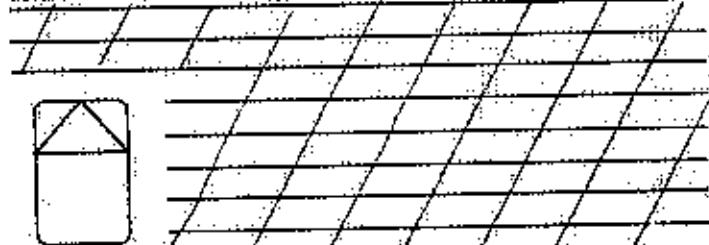
**CARRERA** **12 DE DICIEMBRE** **ENTRADA EN TRANSITO**

APARTAS NO VETOR 01

AVARIAS DO VEICULO: / /  
REVISÃO DE GASES NO BANCO / /



#### **AVARIAS DO VEÍCULO?**

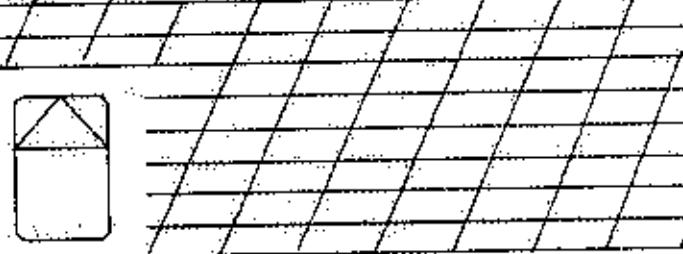


www.jys.no yrkesjø

**TARALAMIA DANTO DO B3 ONDE RO, LO FICOU  
VISOR ESQUERDO, MOLHADA DO TERRA-  
MA ESQUERDO.**



#### AVARIAS DO VEÍCULO



11.  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: 000600 MARQUES Testemunha   
 Nome: SEBASTIAO ANTONIO DE ALAUJO Presidencial  Fato  Registro  
 RG N°: 513904 Órgão Expedidor: SSP / RN Data de Nascimento: 15/03/1961  
 Endereço: Rua ANTONIO CARLIO DE MESQUITA N°: 33 Fone: 987116535  
 Bairro: COLONIA DO RIO Cidade: NATAL FLORESTA UF: RN  
 Versão: A FESTA DA CONVINTÃO DO V1

Assinatura: Sebastião Antônio de Alaujo Hora: 01:15

12.  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para: 000600 MARQUES Testemunha   
 Nome: ANTONIO LUCAS DE LIMA ALAUJO Presidencial  Fato  Registro  
 RG N°: 579122 Órgão Expedidor: SSP / RN Data de Nascimento: 27/05/1962  
 Endereço: Rua ANTONIO CARLIO DE MESQUITA N°: 33 Fone: 987116535  
 Bairro: COLONIA DO RIO Cidade: NATAL FLORESTA UF: RN  
 Versão: CHEGOU A FESTA DA CONVINTÃO DO V1 INJADU A PISTOLA BATE NA PAREDE

Assinatura: Sebastião Antônio de Alaujo Hora: 01:15

13.  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para:  Testemunha   
 Nome: \_\_\_\_\_ Presidencial  Fato  Registro  
 RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

14.  Vítima: condutor de  V1  V2  V3  V4  Pedestre  
 Passageiro de  V1  V2  V3  V4 Conduzido para:  Testemunha   
 Nome: \_\_\_\_\_ Presidencial  Fato  Registro  
 RG N°: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
 Versão: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**15. SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO**

Placa: _____	Cidade: _____	UF: _____	Marcas/Modelo: _____
Nome: _____		RG N°: _____	Órgão Exp.: _____
Endereço: _____			N°: _____
Bairro: _____	Cidade: _____		Fone: _____

16. IMAGENS/FOTOS:  SIM  NÃO AUTUAÇÃO:  SIM  NÃO ALT N°: 18096779 COD/DESP: 2045/0

**17. OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO**  
CONDUTOR E PASSAGEIRO FORAM CONDUBIDOS AO D. OCTÁPIO MARQUES PELO SAMU CONDUTOR NE V1 SULOGRA FRATURA NA PATA ESTOQUEADA. PASSAGEIRO NE V1 POSSIVEL FRATURA NA VERNA ESQUERDA. PASSAGEIRO DE V1 SEM CONDUCIMENTO DO ASSINAR. AO CHEGAR NO LOCAL OS VEÍCULOS JUNHAT 2100 PEGAVAMOS DO LOCAL. TRAJETÓRIA DE V1 E V2 BASEADO NA VARREDURA CONDUZIR CONDUTOR NE V1 FOI AUTUADO CONSO JUNTAR RECOLHIMENTO POR ESTAR A MÁS DE 30 DIAS EM ATRASO.

Nome Completo do Agente: Carlos Wengen Número da Placa: 1007 RE  
 POSTO/GRAD.: CABO PMN: 97 913 Viatura: DRE-117 Subunid.: 1007 RE  
 Local e Data: PAIVA MIRIM / RN, 05 de Outubro de 2018 / Adm: Wengen (Assinatura) Assinatura do Agente de Trânsito

**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: 3190277442

Nome do(a) Examinado(a): Genival Andre de Araujo

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Antonio Cirilo Mesquita, 33 Colonia do Pium  
Zona Rural Nisia Floresta RN CEP: 59164-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / RN ] 512909

Data local do acidente: [ 25/12/2018 ]

Data local do exame: [ 30/04/2019 ] NATAL [ RN ]

**Resultado da Avaliação Médica**

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

**FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA.**

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

**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA. FEZ FISIOTERAPIAS.**  
**Data da Alta: 27/03/2019**

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

**LIMITAÇÃO DA MOBILIDADE PARA FLEXÃO E EXTENSÃO COMPLETA DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA, LEVE DESVIO ROTACIONAL DO 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim       Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim       Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**INVALIDEZ AO NÍVEL DO 4º E 5º DEDOS DA MÃO ESQUERDA COM DISFUNÇÃO DE SEGMENTOS.**

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"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de 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):

Região Corporal (Sequela):

**4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo**

**5º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve

% do dano:  10% residual  25% leve

50% médio  75% intensa  100% completo

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

*Urai de Oliveira*

DR. URAI DE OLIVEIRA  
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA  
CRM-RN 4315

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	316.659.268-49	GENIVAL ANDRADE ARAUJO		
<b>REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO)</b> - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:			CPF:	316.659.264.49
Profissão:	Endereço:	Cidade:	Número:	Complemento:
Porteiro	Rua Antônio Cirilo Da Mota Guedo	MISIA Floresta	33	Cx 92
Bairro:	Coronha Do Piauí	Estado:	CEP:	59164-000
E-mail:	AZIMA@WAGUL.COM.BR		Tel. (DDD):	(84) 99170-1620

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

**DADOS CADASTRAIS**

**RENDIMENTO MENSAL:**

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input checked="" type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

**DADOS BANCARIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA**

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

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

AGÊNCIA: 2746  CONTA: 02522  6  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

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

Autorizo a Seguradora 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.

**DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA 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 atende 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 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**

Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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:  
 Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data: Natal RN 11/04/2019
Name:	
CPF:	

(\*) Assinatura de quem assina A RODO  


Assinatura do Representante Legal (se houver)

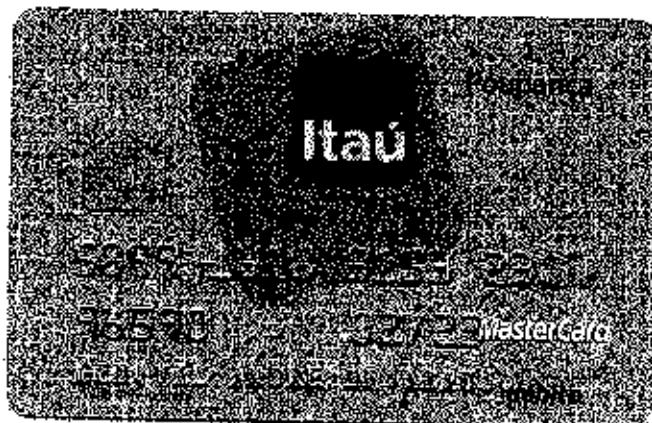
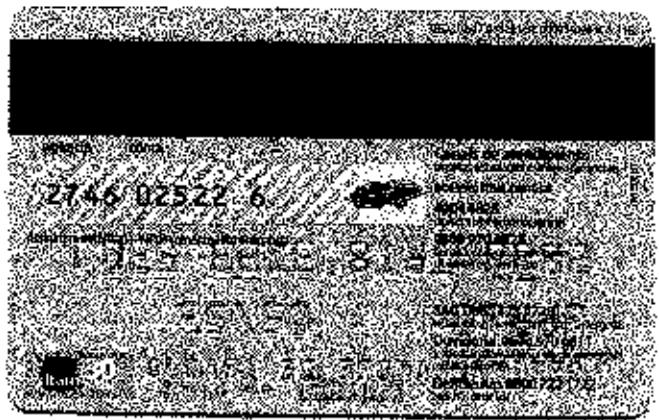
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS:	1º   Nome: RECEBIDO
CPF:	15 ABR 103
TERRA DO SOL ADM. E CORRETORA DE SEGUROS	
2º   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 RODO, 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.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 10 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190277442**      **Vítima: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 25/12/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), GENIVAL ANDRE DE ARAUJO**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.350,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 1.350,00

**Recebedor: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO**

**Valor: R\$ 1.350,00**

**Banco: 341**

**Agência: 000002746**

**Conta: 000002522-6**

**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, retorno 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 16 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190277442**      **Vítima: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 25/12/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), GENIVAL ANDRE DE ARAUJO**

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](http://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, 18 de Abril de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190277442**

**Vítima: GENIVAL ANDRE DE ARAUJO**

**Data do Acidente: 25/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: MICARLA SOARES DE LIMA**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

