

# ITAÚ – 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: 000000002522-6

---

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 físico:** 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.

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

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

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 30/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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

# 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 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 físico:** 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.

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

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

**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>



# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0128556/19

**Vítima:** GENIVAL ANDRE DE ARAUJO

**CPF:** 316.659.264-49

**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

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

**CPF de:** Próprio

## 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

MICARLA SOARES DE LIMA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

GERCIA LOURENCO DA SILVA





BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 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 CERILLO 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: 02:40 Paciente encaminhado do H.D.M.L vítima de colisão moto-carro, joelho avaliado previamente pela CG e ortopédia.

Apresenta fx exposta em mão E necessitando de limpeza cirúrgica

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

A VAPORIS n/c anedga.

B m/c bilio a/ra

C RCR em 2T clare

D Glasgow 15

E presença em joelho E e ferimento em mão E

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

Fraturas expostas OB 4º e 5º metacarpo





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

Genival André de Araújo

Leito:

Idade:

NR Registro:

DATA

25/12/18

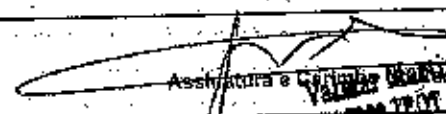
EVOLUÇÃO MULTIDISCIPLINAR

Paciente submetido a laparoscopia com  
redução das hérnias e mobilização geral  
do tórax, incluindo os 4º, 5º e 6º pares  
de costelas.

Francisco Cavaleiro Júnior  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Coluna Vertebral  
CRM: 4120

FIQUE ATENTO A SITUAÇÃO DE ABUSO E MAUS TRATOS, EM ESPECIAL A CRIANÇAS, MULHERES E IDOSOS. DENUNCIE! PROCURE O SERVIÇO SOCIAL E NOTIFIQUE

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:	
ANAM NESE	
EXAME FÍSICO	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)****	LABORATÓRIO
	OUTROS:

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
<i>Exo. Político P. 1. Político e jurídico</i>	
<i>Intervenção e</i>	
<i>acompanhar no C.C.</i>	
	
Assinatura e Carimbo do Responsável	Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA: <i>INT. PEDIA</i>	DATA: <i>25/12/18</i> HORA: <i>05:45</i>
SAÍDA:	DATA: <i>/ /</i> HORA: <i>/</i>
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: <i>/ /</i> HORA: <i>/</i>
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

 Destacar dessa folha e entregar ao paciente após a sua liberação

DESTACAR

DESTINO DO PACIENTE:	Nº do Boletim de Atendimento:
INTERNAMENTO NA CLÍNICA:	DATA: <i>/ /</i> HORA: <i>/</i>
SAÍDA:	DATA: <i>/ /</i> HORA: <i>/</i>
Decisão Médica <input type="checkbox"/>	À Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:
ÓBITO:	DATA: <i>/ /</i> HORA: <i>/</i>
Entregue à família	com Atestado <input type="checkbox"/> S.V.O. <input type="checkbox"/> I.T.E.P. <input type="checkbox"/>

CONFIRMAÇÃO ORIGINAL  
Nº 12102-2018  
MAT. 1

**GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE**

Secretaria de Estado da Saúde Pública

Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel

Pronto Socorro Clóvis Sarinho

**BOLETIM  
OPERATÓRIO****IDENTIFICAÇÃO**Nome: Genival, André de Araújo Reg. NºDiagnóstico pré-operatório: fratura exposta do 4º, 5º MC EIndicação terapêutica: limpeza cirúrgica e redução Urgência ( ☒ ) Eletiva ( )**INTERVENÇÃO + fele preso**Data: 05/12/18 Início: Término: Duração:Operador: FG André Gurgel CRM/CRO:

1º Auxiliar: CRM/CRO:

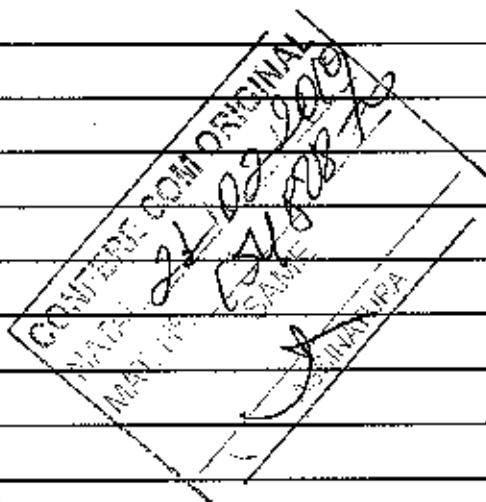
2º Auxiliar: CRM/CRO:

Instrumentador:

Anestesista: Moisés CRM/CRO:**RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO**

Paciente do 30H, feito anamnese e  
exame físico, laqueado de 6 ps, operatório  
limpeza cirúrgica e/STO 95, sutura, redução  
inchaço, curativos, fele preso.

Francisco Cavaleiro Júnior  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Coluna Vertebral  
CRM: 4120



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

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

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma,  
de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.

## 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 her 15 anos

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA(MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Orientado tomar refugo da VAT.

Relatar em evolução de hemorria  
presintomas

Sem conduta de urgência pela Cr. Anal

Dra. Ana Cecília Matias  
MÉDICA  
CRM-RN 9164

• VAT - IM

Realizado mapa de fcc em joelho  
esquerdo clamping + Antitrombina +  
anestesia com Lidocaína 2% + Rapa com  
Nylon 3-0.① Cefotaxima 1g IV, agora  
② Dipirona 500mg O amp + 18ml 0,30 - 6V

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL  
Dra. Ana Cecília Matias  
MÉDICA  
CRM-RN 9164

## ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1

Ortopedia

HORA: 02:43

DATA: 25/12/18

ESPECIALISTA 2

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

HORA:

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:  
DATA / /

HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

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

OBITO: DATA / / HORA

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

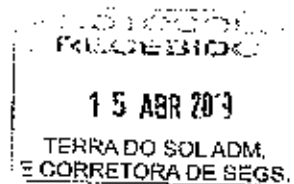
**VERIFICAÇÃO DE AUTENTICIDADE**

&gt; RESULTADO &gt; AUTENTICAÇÃO &gt; 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-813 Bairro CAJUPIRANGA  
Cidade/UF PARANATIM / RN P. Ref. TIKKER AGAT, Nº 1000  
Data 25/12/2018 Hora do acidente 22:40 Hora do registro 00:20 Dia da semana TERÇA-FEIR

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

☐ - Colisão Frontal ☒ - Colisão Lateral ☐ - Capotamento ☐ - Atropelamento  
☐ - Colisão Posterior ☐ - Colisão Transversal ☐ - Choque ☐ - Outro(s) \_\_\_\_\_

3 - VEÍCULO 01

Placa ou Chassi NN1 7907 Cidade NISA FLORESTA UF RN  
Marca/Mod. HONDA CG150 TIAN Cor CINZA Ano 2010 / 2010  
Proprietário GENIVAL ANDRE DE ARAUJO Nº de Ocupantes 2  
Condutor GENIVAL ANDRE DE ARAUJO Data de Nasc. 15/03/1963  
Endereço RUA ANTONIO CERICO DE MESQUITA Nº 33 Fone 9.870 6535  
Bairro COLONIA DE FIM Cidade NISA FLORESTA UF RN  
CPF Nº 316.659.264-49 CNH Nº 04793699323 Validade 19/11/2018 Categoria A  
Local de Trabalho COM. MAR DE COQUELO Fone \_\_\_\_\_  
End. Av. 3030 SEABER Nº 102P Bairro COQUELO Cidade PARANATIM

4 - VEÍCULO 02

Placa ou Chassi M21 5735 Cidade PARANATIM UF RN  
Marca/Mod. FIAT PADO WEEKEND Cor VERDE Ano 2009 / 2009  
Proprietário FABIO ANDRE DA SILVA MESQUITA Nº de Ocupantes 4  
Condutor FABIO ANDRE DA SILVA MESQUITA Data de Nasc. 13/12/1975  
Endereço RUA JARDIM Nº 15 Fone 9.9160 3127  
Bairro ECOPAT PARQUE DAS NAÇÕES Cidade PARANATIM UF RN  
CPF Nº 034.645.594-81 CNH Nº 02329338940 Validade 07/11/2022 Categoria A/B  
Local de Trabalho UBER Fone \_\_\_\_\_  
End. Av. JALGARD GILLES Nº \_\_\_\_\_ Bairro TIOCI Cidade PARANATIM

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 Nº \_\_\_\_\_ 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 Nº \_\_\_\_\_ Validade \_\_\_\_\_ Categoria \_\_\_\_\_  
Local de Trabalho \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
End. \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

RECEBIDO

15 ABR 2019

TERRA DO SOL ADM.  
CORRETORA DE SEGS

VERSÕES DOS CONDUTORES

SOBRE V1 - Em que Rua/Av. Transitava? RN-313  
 Em que sentido? PIUM / BR-101 Em que faixa? ESQUERDA  
 Versão do condutor ALGUA QUE TRANSITAVA NA RN-313, SENTIDO BR-101,  
QUANDO V1 INTRADIU A VIA ATRIGIOU A LATERAL DE V1.

Assinatura do Condutor de V1 [Assinatura]

SOBRE V2 - Em que Rua/Av. Transitava? RN-313  
 Em que sentido? BR-101 / PIUM Em que faixa? FAIXA ÚNICA  
 Versão do condutor CONDUTOR ALGUA QUE TRANSITAVA NA RN-313, DENTRO BR-101  
PIUM, NA FAIXA DA ESQUERDA, QUANDO AS FAIXAS SE CONVERGIRAM  
PARA UMA FAIXA, NÃO PERCEBENDO QUE O CONTRA-CORRENTAL  
FENTOU BARRA, MAIS O VEICULO PUXOU, E ALEGAS UMA PARTE DE V2  
ENTROU NA CONTRA MÃO ATRIGINDO A LATERAL DE V1.

Assinatura do Condutor de V2 [Assinatura]

SOBRE V3 - Em que Rua/Av. Transitava?  
 Em que sentido?  
 Versão do condutor  
 Assinatura do Condutor de V3

SOBRE V4 - Em que Rua/Av. Transitava?  
 Em que sentido?  
 Versão do condutor  
 Assinatura do Condutor de V4





11. ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: DIODÉCIO MARQUES Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro  
Nome GELIVAL ANDRÉ DE ARAUJO Data de Nascimento 15/03/1962  
RG Nº 512909 Órgão Expedidor SSP/RN Nº 33 Fone 987116585  
Endereço RUA ANTONIO CARLOS DE MESQUITA Cidade NITIA FLORESTA UF RN  
Bairro COLONIA DO RIO  
Versão A FÉTIMA DO CONDUTOR DE V1

Assinatura Gelival André de Araújo Hora 01:15

12. ☒ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: DIODÉCIO MARQUES Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro  
Nome ANTÔNIA LUCIA DE LIMA ARAUJO Data de Nascimento 24/05/1962  
RG Nº 554.133 Órgão Expedidor SSP/RN Nº 33 Fone 987116585  
Endereço RUA ANTONIO CARLOS DE MESQUITA Cidade NITIA FLORESTA UF RN  
Bairro COLONIA DO RIO  
Versão VERBA AVENAS DURDO O U INUADU A NITIA E BATE NA

Assinatura SEM CONDIÇÕES DE ASSINAR Hora 01:15

13. ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro  
Nome \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

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

14. ☐ Vítima: condutor de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 ☐ Pedestre  
Passageiro de ☐ V1 ☐ V2 ☐ V3 ☐ V4 Conduzido para: Presenciou: ☐ Fato ☐ Registro  
Nome \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_  
RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_  
Versão \_\_\_\_\_

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

15. SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO  
Placa \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_ Marca/Modelo \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_ RG Nº \_\_\_\_\_ Órgão Exp. \_\_\_\_\_  
Endereço \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_  
Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Fone \_\_\_\_\_

16. IMAGENS/FOTOS: ☐ SIM ☒ NÃO AVALIAÇÃO: ☒ SIM ☐ NÃO AITUAÇÃO: 19096579 COD/DESD 504.5/0

17. OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO  
CONDUTOR E PASSAGEIRO FORAM CONDUZIDOS AO DIODÉCIO MARQUES PELO  
SAMU CONDUTOR DE V1 SUFICIENTE FÉTIMA NA MÃO ESQUERDA, PASSAGEIRO DE  
V1 POSSÍVEL FÉTIMA NA PERNA ESQUERDA, PASSAGEIRO DE V1 SEM CONDIÇÕES DE ASSINAR. AO CHEGAR AO LOCAL OS VEÍCULOS TÍNIAM JIRO  
DEMOVIROS DO LOCAL. TRAJETÓRIA DE V1 E V2 BASEADO NA VORSE  
DE CASSIA CONDUTOR. CONDUTOR DE V1 FOLIAVADO TENDO SUA CNH  
RECOLHIDA POR ESTAR A MAIS DE 30 DIAS EM ATRASO.

Nome Completo do Agente CARLOS WENGER FREIRE DA SILVA  
POSTO/GRAD: CABO PM Nº 97.913 Viatura DRE-117 Subunidade 1007RE  
Local e Data PARANAMIRIM/RN 25 de DEZEMBRO de 2018  
Assinatura do Agente de Trânsito CARLOS WENGER FREIRE DA SILVA

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas 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. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**( X ) Sim ( ) Não**
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?  
**( X ) Sim ( ) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**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 (\*).  

<b>( ) "Vítima em tratamento"</b> <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i>	<b>( ) "Sem sequela permanente"</b> <i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i>
--	--
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |  |  |
|--|--|
| <b>Região Corporal (Sequela):</b><br><b>4º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>( X ) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo | <b>Região Corporal (Sequela):</b><br><b>5º DEDO DA MÃO - Lado Esquerdo</b><br>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br><b>( X ) 50% médio</b> ( ) 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. URAÍ DE OLIVEIRA**  
**ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA**  
**CRM-RN 4315**

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

316-659.264-49 GENIVAL ANDRÉ DE ARAÚJO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012

Nome completo:

GENIVAL ANDRÉ DE ARAÚJO

CPF:

316.659.264.49

Profissão:

Porteiro

Endereço:

RUA ANTONIO CIRILO DE MESQUITA

Número:

33

Bairro:

Coroia da Prata

Cidade:

Nisa Floresta

Estado:

RN

CEP:

59164-000

E-mail:

AZIMA@WINDGUL.COM-BR

Tel. (DDD):

(84) 99170-1620

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237)

☒ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 2746

(Informar o dígito se existir)

CONTA: 02522

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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: Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de 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, Nisa RN 11/04/2019

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS:

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

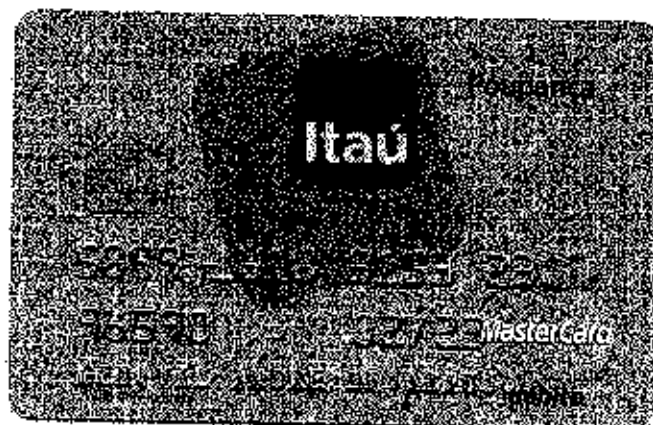
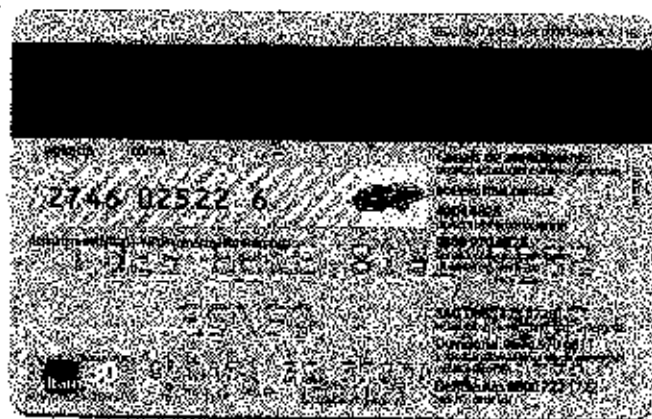
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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

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



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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**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

Pag. 00601/00602 - carta\_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14213744