
Rio de Janeiro, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200207129

Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200207129 Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Data do Acidente: 20/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

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

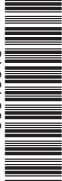
Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, pois o entregue não permite a leitura das informações.
-----------------------	--

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

Os documentos pendentes podem ser recebidos através do site <https://documentospendentes.seguradoralider.com.br>

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200207129

Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

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, 01 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200207129

Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Data do Acidente: 20/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 341

Agência: 000002918

Conta: 0000017909-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 3200207129
Nome do(a) Examinado(a): EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES
Endereço do(a) Examinado(a): ENG PITU, 8,ZONA RURAL
ITAQUITINGA Pernambuco - CEP: 55950000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / Pernambuco] .
Data local do acidente: [20/12/2018]
Data local do exame: [22/06/2020] GOIANA - Pernambuco

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 20/12/2018 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO COM USO DE FIOS DE KIRSCHNER, PERMANECEU EM AMBIENTE HOSPITALAR POR 7 DIAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E REALIZOU 15 SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.
Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ DORSAL EM REGIÃO DO PÉ DE 8 CM, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA EM REGIÃO DORSAL DO PÉ, DEFORMIDADE ÓSSEA EM REGIÃO PROXIMAL, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E DEAMBULAÇÃO, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DORSO MEDIAL DO PÉ ACOMETIDO.
Data da Alta: 27/12/2018
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ DORSAL EM REGIÃO DO PÉ DE 8 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º, 2º E 3º DEDOS EM 25º, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO 1º, 2º E 3º DEDOS GRAU II, RIGIDEZ DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC COM DOR DURANTE A INVERSÃO DO PÉ, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO PÉ EM 5º, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA EM REGIÃO DORSAL DO PÉ (2+/4+), DEFORMIDADE ÓSSEA EM REGIÃO PROXIMAL, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E DEAMBULAÇÃO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO E DA MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC DE FORMA SIGNIFICATIVA, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DORSO MEDIAL DO PÉ ACOMETIDO.
- IV. Nexo 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:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO PÉ ESQUERDO.
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" |
| <i>Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias</i> | <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. (*)
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
Pé - Esquerdo
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):

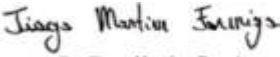
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):

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



Tiago Martins Formiga
 8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
 TEOT 14830
 CPF - 05144773427
 CRM - Paraíba - 8085

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 no ADM: _____ 3 - CPF do vítima: 123.456.789.010 4 - Nome completo da vítima: Roberto Luciano dos Prazeres

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

5 - Nome completo: Roberto Luciano dos Prazeres 6 - CPF: 123.456.789.010
7 - Profissão: Motorista 8 - Endereço: Rua Pitu 9 - Número: 8 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Ass. Rural 12 - Cidade: Itaquitinga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55950-000
15 - E-mail: robson.luciano@gmail.com 16 - Telefone: (81) 3626-3771

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUQUANÇA (Informe para os bancos abaixo. Anotar uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Informe o banco)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ AGÊNCIA: 2919 CONTA: 17909

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização, reembolso do Seguro DPVAT a qual eu me dirijo, ressaltando 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 da 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 atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Fica, assim, o requerimento de análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica encaminhada para a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica previdenciária, caso necessário, às custas do meu advogado, conforme o disposto na Lei nº 6.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso esta não seja conclusiva.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - 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 ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vítima: ☐ Sim ☐ Não 30 - Vítima deixou ranchos (aluguel)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vítima: ☐ Sim ☐ Não 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devolta, a indenização do Seguro DPVAT por morte apenas aos beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, sob pena de, 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 rgo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo): _____

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

40 - Local e Data: Itaquitinga - PE 02-06-2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (testemunha)

42 - Assinatura do Procurador (se houver)

43 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

10/11/2019

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Cobertura (x) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato do AML: 3 - CPF da vítima: 121.764.024-05 4 - Nome completo da vítima: Rodivan Eliuciano dos Prazeres

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

5 - Nome Completo: Rodivan Eliuciano dos Prazeres 6 - CPF: 121.764.024-05
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Rua Pitu 9 - Número: 8 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Aquitanga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55950-000
15 - E-mail: rodivan.prazeres@gmail.com 16 - Telefone: (81) 3626-3771

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (informar o banco): Nome do BANCO: Hauer

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 2998 CONTA: 17909

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual eu tiver direito, reconhecendo a dívida, 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 8.194/74), uma vez que:

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso necessária, ao seu devido tempo.

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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou patrimônio? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou bens? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso aprovada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando livre, ainda, de 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

37 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

38 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Aquitanga - PE, 02.06.2020

41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

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

MOTOCICLETA HONDA CG 160 START (VEÍCULO) de propriedade do(A) Sr(A) JOSE MARCO DA SILVA que está em posse do(A) Sr(A) EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES
Cor da motocicleta: MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 START Cor do estancão: Não
Cor: VERMELHA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PORATES (PERMITEÇÃO NÃO INFORMADA) Renovar: 1578860928 Classo: SC2KC2500K012101
(Correspondência: HONDA CG 160 START, PLACA POR 4700)

Complemento / Observação

QUE COMPARECEU NESTA DELEGACIA O SENHOR EDVAN, PARA RELATAR QUE NO DIA 20/12/2018 FOI VITIMA DE UMA ACIDENTE NA PE-04, PRÓXIMO AO TREVO DE ITASUBINGA. INFORMA QUE FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA DO MUNICÍPIO, SENDO DE POSSE DE COMPROVANTE DE ATENDIMENTO DA CITADA OCORRÊNCIA. INTERROGADO PARA QUAL HOSPITAL FOI ENCAMINHADO E POR QUANTOS DIAS FICOU INTERNADO, RESPONDEU QUE, CONFORME A FICHA DE ENCAMINHAMENTO COMPROVA, FOI CONDUZIDO AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS RECIFE E QUE FICOU INTERNADO POR 07(SETE) DIAS. NADA MAIS A RELATAR, SENDO DE REGISTRO, DEU POR ENCERRADO O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA.

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

EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES
(VITIMA)

Assinatura do(A) Sr(A) JOSE MARCO DA SILVA - Matrícula: 1569040



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Cobertura (x) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do contrato do AML: 3 - CPF da vítima: 121.764.024-05 4 - Nome completo da vítima: Rodivan Eliuciano dos Prazeres

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

5 - Nome Completo: Rodivan Eliuciano dos Prazeres 6 - CPF: 121.764.024-05
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Rua Pitu 9 - Número: 8 10 - Complemento:
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Aquitanga 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55950-000
15 - E-mail: rodivan.prazeres@gmail.com 16 - Telefone: (81) 3626-3771

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

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (informar o banco): Nome do BANCO: Hauer

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 2998 CONTA: 17909

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qual eu tiver direito, reconhecendo a dívida, 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 8.194/74), uma vez que:

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não apresento o laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para a verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 8.194/74.

Declaro que esta declaração não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso não seja do seu conhecimento.

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 tem filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou patrimônio? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou bens? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso aprovada, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando livre, ainda, de 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo): 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo): 36 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo):

37 - 1º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

38 - 2º Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - Local e Data: Aquitanga - PE, 02.06.2020

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver): 41 - Assinatura da vítima/Beneficiário (declarante): 42 - Assinatura do Procurador (se houver):

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

BANCO: 341

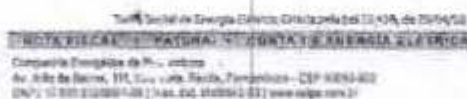
AGÊNCIA: 02918

CONTA: 000000017909-0

Autenticação:

92FCC8C7E1E11B3DBAC4D3A0CD4C4FBB2A2594EF932CC4A1A5AFC1285F0662B1

[illegible]



INSTITUTO DA UNIDADE CONSUMIDORA

2014-01-24 14:00:00
2014-01-24 14:00:00
2014-01-24 14:00:00

241651027 02/2018
06/04/2018 2206572418
TOTAL & CHANGE 10771

[illegible]

TOTAL DA FOLHA

5874

Gráfico de barras horizontais (Mês de maio de 2015):

Atividade	Horas
Atividade 1	~10
Atividade 2	~15
Atividade 3	~20
Atividade 4	~25
Atividade 5	~30
Atividade 6	~35
Atividade 7	~40
Atividade 8	~45
Atividade 9	~50
Atividade 10	~55
Atividade 11	~60
Atividade 12	~65
Atividade 13	~70
Atividade 14	~75
Atividade 15	~80
Atividade 16	~85
Atividade 17	~90
Atividade 18	~95
Atividade 19	~100
Atividade 20	~105
Atividade 21	~110
Atividade 22	~115
Atividade 23	~120
Atividade 24	~125
Atividade 25	~130
Atividade 26	~135
Atividade 27	~140
Atividade 28	~145
Atividade 29	~150
Atividade 30	~155
Atividade 31	~160
Atividade 32	~165
Atividade 33	~170
Atividade 34	~175
Atividade 35	~180
Atividade 36	~185
Atividade 37	~190
Atividade 38	~195
Atividade 39	~200
Atividade 40	~205
Atividade 41	~210
Atividade 42	~215
Atividade 43	~220
Atividade 44	~225
Atividade 45	~230
Atividade 46	~235
Atividade 47	~240
Atividade 48	~245
Atividade 49	~250
Atividade 50	~255
Atividade 51	~260
Atividade 52	~265
Atividade 53	~270
Atividade 54	~275
Atividade 55	~280
Atividade 56	~285
Atividade 57	~290
Atividade 58	~295
Atividade 59	~300
Atividade 60	~305
Atividade 61	~310
Atividade 62	~315
Atividade 63	~320
Atividade 64	~325
Atividade 65	~330
Atividade 66	~335
Atividade 67	~340
Atividade 68	~345
Atividade 69	~350
Atividade 70	~355
Atividade 71	~360
Atividade 72	~365
Atividade 73	~370
Atividade 74	~375
Atividade 75	~380
Atividade 76	~385
Atividade 77	~390
Atividade 78	~395
Atividade 79	~400
Atividade 80	~405
Atividade 81	~410
Atividade 82	~415
Atividade 83	~420
Atividade 84	~425
Atividade 85	~430
Atividade 86	~435
Atividade 87	~440
Atividade 88	~445
Atividade 89	~450
Atividade 90	~455
Atividade 91	~460
Atividade 92	~465
Atividade 93	~470
Atividade 94	~475
Atividade 95	~480
Atividade 96	~485
Atividade 97	~490
Atividade 98	~495
Atividade 99	~500
Atividade 100	~505
Atividade 101	~510
Atividade 102	~515
Atividade 103	~520
Atividade 104	~525
Atividade 105	~530
Atividade 106	~535
Atividade 107	~540
Atividade 108	~545
Atividade 109	~550
Atividade 110	~555
Atividade 111	~560
Atividade 112	~565
Atividade 113	~570
Atividade 114	~575
Atividade 115	~580
Atividade 116	~585
Atividade 117	~590
Atividade 118	~595
Atividade 119	~600
Atividade 120	~605
Atividade 121	~610
Atividade 122	~615
Atividade 123	~620
Atividade 124	~625
Atividade 125	~630
Atividade 126	~635
Atividade 127	~640
Atividade 128	~645
Atividade 129	~650
Atividade 130	~655
Atividade 131	~660
Atividade 132	~665
Atividade 133	~670
Atividade 134	~675
Atividade 135	~680
Atividade 136	~685
Atividade 137	~690
Atividade 138	~695
Atividade 139	~700
Atividade 140	~705
Atividade 141	

10. *Journal of the American Medical Association*, 1997; 277: 1001-1005.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE: HODERSON - CONTAS EM ABERTO

Dr. Richard A. Gargiulo
Department of Psychology, University
of North Carolina at Chapel Hill
Chapel Hill, NC 27599-3290
Tel: 919/958-7600
Fax: 919/958-7600
E-mail: gargiulo@unc.edu

[illegible]

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA:	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº DO REGISTRO: 1106691	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE LISFRANC À ESQUERDA				
COMORBIDADES:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: 20/12/18 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA-LUXAÇÃO DE LISFRANC				
DATA DE INTERNAÇÃO: 20/12/18		DATA DA ALTA: 27/12/18		DIAS DE INTERNAÇÃO:
CID DO PROCEDIMENTO REALIZADO		CID	CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO	
CD	TIPO	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	ATENDIMENTO	DR. ITALO GALIZZA		
2	TRATAMENTO FARMACOLÓGICO	DRA. HANNA		
3	TRATAMENTO CIRÚRGICO			
4	INTERFERÊNCIA			
5	CLÍNICO			
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, CURSANDO COM TRAUMA EM PÉ ESQUERDO				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA ANTIBIÓTICOS + ANALGÉSICOS				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL FRATURA-LUXAÇÃO EXPOSTA DE LISFRANC À ESQUERDA				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS.				
MOTIVO DA ALTA: CURADO ☐ MELHORADO ☒ TRANSFERÊNCIA ☐ OUTROS:		ORITO DIL ☐ SVD ☐ SO ☐		
OBSERVAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO RETORNO AO AMBULATÓRIO DO PÉ/TORNOZELO EM 07 DIAS.				
DATA: 27/12/18				



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



**FICHA PARA AVALIAÇÃO DE
RISCO DE QUEDA**

NOME:

Nº DO REGISTRO:

SETOR:

DATA DE ADMISSÃO: 21/2/18

ASSINALAR COM X TODOS OS ITENS DE RISCO IDENTIFICADOS.
CONSIDERAR A EXISTÊNCIA DO RISCO QUANDO ASSINALAR UM OU MAIS ITENS.

☐ IDADE > OU IGUAL 65 ANOS

☐ CRIANÇAS < OU IGUAL 5 ANOS

☐ COMPROMETIMENTO NEUROLÓGICO

☐ DEPRESSÃO E/OU ANSIEDADE

☐ PREJUÍZO DO EQUILÍBRIO DA MARCHA

☐ DÉFICIT SENSITIVO, ACUIDADE AUDITIVA, TATO E VISUAL DIMINUÍDA

☐ HISTÓRIA PRÉVIA DE QUEDA

☐ ALTERAÇÃO METABÓLICA (EX-HIPOGLICEMIA)

☐ OBESIDADE MÓRBIDA OU BAIXO ÍNDICE DE MASSA CORPÓREA

☐ SEDAÇÃO/ANESTESIA

☐ MEDICAMENTO QUE ALTERAM O SISTEMA NERVOSO CENTRAL

☐ URGÊNCIA URINÁRIA/INTESTINAL

☐ HIPOTENSÃO ORTOSTÁTICA

☐ PACIENTE CIRÚRGICO

CASO O PACIENTE APRESENTE UM OU MAIS FATORES DE RISCO, COLOCAR PULSEIRA ROXA NO MSD.

☐ COLOCADO PULSEIRA ROXA

☒ NÃO SE APLICA

ENTREGA DO FOLDER DE ORIENTAÇÃO AO PACIENTE/ACOMPANHANTE:

☐ SIM

☐ NÃO

ASSINATURA (ORIENTADO):

RECOMENDAÇÕES:

1. Orientar paciente e acompanhante quanto ao risco de queda e necessidade da solicitação da enfermagem para sua locomoção e mobilização;
2. Manter a cama na posição baixa, com rodas travadas e grades de proteção elevadas;
3. Orientar a não trancar portas;
4. Orientar a não andar nem circular na enfermaria ou corredor no momento da limpeza;
5. Manter a área de circulação, livre de móveis e utensílios;
6. Auxiliar na deambulação dos pacientes que apresentarem dificuldade de marcha ou déficit sensitivo ou motor;
7. Estimular o uso de acessórios de apoio;
8. Conscientizar a família sobre a importância da presença de um acompanhante e comunicar a enfermagem quando houver necessidade de ausentar-se;
9. Manter iluminação adequada durante a noite;
10. Orientar a evitar apoiar-se na cama, móveis e parapeitos de janelas;
11. Manter o acompanhamento da enfermagem no momento do transporte;
12. Orientar o acompanhante para ficar atento às brincadeiras das crianças e a utilização de brinquedos;
13. Não deixar o paciente sozinho no banheiro ou durante o banho;
14. Intensificar a atenção a pacientes que estão em uso de sedativo e hipnótico, tranquilizante, diurético, anti-hipertensivo, anti-parkinsonianos.

Alessandro Lucena

CURRÍCULO Nº 365975 - ENF

ENFERMEIRA/COREN:

Avenida General San Martín s/n - Candeias
Recife/PE - CEP 50.050-000
Fone: (085) 31945000



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



Ex: Abdômen

Diagnóstico Inicial

Rx onco na D?

Exames Solicitados: 1 - Patologia Clínica

Solicito Rx + retirar: tala - reavaliar

Exames Solicitados: 1 - Especializados

Dr. Daniel Deschamps

CREMEPE 24418

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

No bloco emerg.

Dr. Herbert Vazquez

CREMEPE 24418

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso:

☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Procedências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exame Externo: ☐

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento:

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares a transportar se forem necessários.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade do Alta a Pedido:

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre as consequências que deste ato possam advir.

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 20/12/2018 17:35 h JOSENEIDEAS

Impressão: 20/12/2018 17:35 h JOSENEIDEAS

Médico



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

1. Ocorrência da Emergência: 668533

1.1 - Atendimentos em: 20/12/18

1.2 - Às 17 horas e 35 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1106691

2.1 - Internado em: 20/12/18

2.2 - Alta em: 27/12/18

3. Hipótese Diagnóstica: FRATURA - LUXAÇÃO EXPOSTA DE LISFRANC A ESQUERDA.

4. Tratamento: 1º - CIRURGIA EM 20/12/18 = TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE LISFRANC ESQUERDA.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

DATA: 15.4.2019

HORA: 11:13:58

PASTA: 01.03.2019

TB

L.P.

Dr. Tadeu Buril
Médico Vascular
CRM 2019 / Matr. 058053

Dr. Tadeu Buril.



PREFEITURA DE
ITAQUITINGA
CONCELHO MUNICIPAL
MANTENHA O MUNICÍPIO

FORMULÁRIO Nº 001

Nome: _____
Endereço: _____
Data: _____

Aqui se encontra
o ponto de encontro
da Igreja, onde há
o altar de Santo, com
quase 50 anos, e um
bom jardim com
varios tipos de
plantas e animais.

Dr. Maximiliano de Souza
CNPJ: 08.535.104-15
R. P. 100, 44 - Mangueira-PR



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas



RECEITUÁRIO

NOME COMPLETO:

IDADE:

SEXO: F ☐ M ☐

Vacina Midec
Receita submetida a exame
da parte fratura braço
de esquerda dia 22.11.18.
Segun em acompanhamento
hospitalar
No momento em andamento de
retorno em Unidades locais

15.01.19

010: 5923

Dr. Ronaldo Muniz
Clínica de Diagnóstico
1704-PE 21136

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

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 20/12/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 20/12/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Edvan Feliciano dos Prazeres	
LÊSÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura exposta de tíbia e fêmur do membro superior esquerdo	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA): Tratamento cirúrgico com parafusos para osteossíntese fisioterapia motora 20 meses	
ALTA MÉDICA: ☒ SIM ☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER: ☐ SIM ☒ NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE: ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. ☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º Dor, edema, déficit de ADM
2º e força no m. Esquerdo
3º com perda funcional de
4º 30% no m. e
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE **02/06/2020** E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Edvan PE **02/06/2020**

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO

Dr. Alexandre F. Vitor
CRM: 11.111/11111
R. 111, 111 - 11111-1111
11111-1111


MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
121.764.024-05
 Nome
EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES
 Nascimento
28/10/1996
 VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 Número 9.965.674 Data de validade 10/06/2014
 << EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES >>
 << GENIVALDO FELICIANO DOS PRAZERES >>
 << MARIA DAS NEVES DA SILVA >>
 GOIÂNIA - PE Data de nascimento 28/10/1996
 << 0768690155 1996 1 00031 145
 0013441 71 ITAQUITINGA PE >>
 Carteira de Identidade do ITB

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

EC-1


 E. Edson R. P.
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETNUM - PE 014801371326
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEIC. COD. RENAVAM RNTC. EXERCÍCIO
1 1175049920 2018

NOME
JOSE MARCO DA SILVA

ITAPIRANGA - PE

CPF / CNPJ

999.155.774-07

PLACA

PE-84739

PLACA ANT. UF

9999999-99

OMAR

00000000000000000000

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTOCICLISTA

COMBUSTÍVEL

MOTOCICLISTA

FAVIA / MODELO

HONDA/OC 160 STAMP

ANO FAB.

2018

ANO MOD.

2018

CAP. POT. CL.

22/162CL

CATEGORIA

ARTIC

CONDIÇÕES DE REGISTRO

VEICULO

COTA USCA

IPVA 2019 QUISADO

VENO COTA USCA

VENO COTA USCA

1 1

2 1

3 1

4 1

5 1

6 1

PREÇO TÁRIFA DE

RD.11

OP. PE

0.35

PREÇO TOTAL PE

84.52

CAR. DE PAGAMENTO

12/12/2018

DESCRIÇÃO

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

AL. FID. DO ITAPIRANGA SA C.F.A.

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

ITAPIRANGA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200207129

Cidade: Itaquitinga

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Data do acidente: 20/12/2018

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE LISFRANC EXPOSTA EM PÉ ESQUERDO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO PÉ ESQUERDO: APRESENTA CICATRIZ DORSAL EM REGIÃO DO PÉ DE 8 CM, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO 1º, 2º E 3º DEDOS EM 25º, DÉFICIT DE FORÇA EXTENSORA DO 1º, 2º E 3º DEDOS GRAU II, RIGIDEZ DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC COM DOR DURANTE A INVERSÃO DO PÉ, DIMINUIÇÃO DA INVERSÃO DO PÉ EM 5º, MARCHA CLAUDICANTE, EDEMA EM REGIÃO DORSAL DO PÉ (2+/4+), DEFORMIDADE ÓSSEA EM REGIÃO PROXIMAL, DOR DURANTE A PALPAÇÃO E DEAMBULAÇÃO, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO E DA MOBILIDADE DA ARTICULAÇÃO DE LISFRANC DE FORMA SIGNIFICATIVA, ALTERAÇÃO DE SENSIBILIDADE EM REGIÃO DORSO MEDIAL DO PÉ ACOMETIDO.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA LEVE EM PÉ ESQUERDO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO(A) PÉ ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 22/06/2020

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
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0154062/20

Vítima: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

CPF: 121.764.024-05

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 20/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES : 121.764.024-05

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: 02/06/2020
Nome: EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES
CPF: 121.764.024-05

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/06/2020
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

EDVAN FELICIANO DOS PRAZERES

Steffany Carolyn Lins Veloso