



09/11/2020

Número: **0044130-43.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 6ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **28/08/2020**

Valor da causa: **R\$ 8.775,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDUARDO MOURA DA SILVA (AUTOR)		JULIANA DE ALBUQUERQUE MAGALHAES (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE SEGURADORA S.A. (REU)			
OYAMA ARRUDA FREI CANECA JUNIOR (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
70718 878	09/11/2020 13:56	ANEXO 1	Outros (Documento)



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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 15331799

Pag. 01937/01938 - carta_01 - INVALIDEZ

00010969





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

Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00063/00064 - carta_02 - INVALIDEZ

00050032



Carta nº 15334751





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

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência atualizado e novos dados telefônicos, pois com o entregue não tivemos êxito no contato.
----------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01125/01126 - carta_03 - INVALIDEZ

00060563



Carta nº 15390143





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

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

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

Comprovante de residência	Apresentar a cópia simples do comprovante de residência da vítima, 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.

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

Pag. 01867/01868 - carta_03 - INVALIDEZ

00040934



Carta nº 15402834





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

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01379/01380 - carta_02 - INVALIDEZ

00050690



Carta nº 15498304





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

Rio de Janeiro, 29 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDUARDO MOURA DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: EDUARDO MOURA DA SILVA

Valor: R\$ 4.725,00

Banco: 237

Agência: 000001903-8

Conta: 000000511666-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CEE da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

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

☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1930 CONTA: 08 1000 0 AGÊNCIA: CONTA:

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (menor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

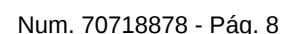
43 - Assinatura do Procurador (se houver):

FPS-001 V002/2019

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Resultado da Avaliação Médica

- Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
R055 CRM-PE 126811 CRM-PE
TEL: 14830





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 038ª CIRCUNSCRIÇÃO - SÃO LOURENÇO DA MATA -
DP38ªCIRC DIM/9ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0128001239

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/04/2019** às **09:57**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **8/4/2019** às **07:05**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 1, AVENIDA MURIBARA, EM FRENTE AO BAR DA PIABA, MURIBARA** - Bairro: **CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VALTER (AUTOR \ AGENTE)
SILVIO PEREIRA DA SILVA (OUTRO)
ROBERTO (OUTRO)
CLAUDIO CORDEIRO DE LIMA (OUTRO)
EDUARDO MOURA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALTER
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBERTO

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

EDUARDO MOURA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DO Ó MOURA DA SILVA Pai: JOSÉ MOURA DA SILVA Data de Nascimento: 7/6/1981 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE SAO LOURENCO DA MATA, 1, R. 70, 125 PQ CAPIBARIBE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SAO LOURENCO DA MATA/PERNAMBUCO/BRASIL

SILVIO PEREIRA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

ROBERTO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

CLAUDIO CORDEIRO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

VALTER (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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



VEÍCULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SILVIO PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALTER**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FORD/FIESTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KGR7370** (PERNAMBUCO/SÃO LOURENÇO DA MATA) Renavam: **987938240** Chassi: **98FZF26P098315732**
Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008**

VEÍCULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLAUDIO CORDEIRO DE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO**
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **CINZA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLT0902** (PERNAMBUCO/ILHA DE ITAMARACA) Renavam: **823030636** Chassi: **98WGA05X34T082869**
Ano Fabricação/Modelo: **2004/2004**

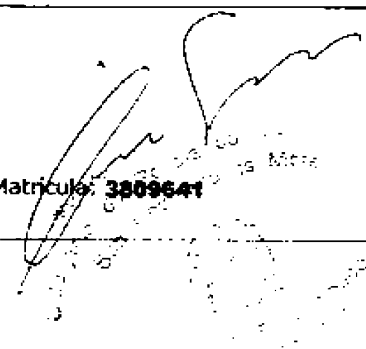
Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE ESTAVA DE CARONA NO VEÍCULO FIESTA, CONDUZIDO POR ROBERTO, QUE O OUTRO VEÍCULO GOL CONDUZIDO POR VALTER, FOI ULTRAPASSAR UM ÔNIBUS E ENTROU NA CONTRAMÃO BATENDO NO VEÍCULO FIESTA, CAUSANDO AVARIAS AMASSÃO NO CAPÔ, PARALAMIA LADO ESQUERDO E PARACHOQUE E DANIFICANDO A SUSPENSÃO, QUE EDUARDO SOFREU LESÃO NO PULSO E DEDO DA MÃO DIREITA, QUE FOI SOCORRIDO A UPA DESTA CIDADE, TENDO ALTA MÉDICA NO MESMO DIA. NADA MAIS NO MOMENTO.

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


EDUARDO MOURA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **GILBERTO GONÇALVES DE SANTANA** - Matrícula: **3809641**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CEE da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$3.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$3.000,00

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1950 CONTA: 08 1600 0 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (menor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS-001 V002/2019



Endereço: 1005604

Senha da Classificação:

Data e Hora: 08/04/2019 09:31

Especialidade:

1005604

Paciente: 134334 EDUARDO MOURA DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 07/08/1981 Idade: 37 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO

Nome da Mãe: MARIA DO O MOURA DA SILVA

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

Endereço: - R 70 RICARDO SALAZAR -

125

Bairro: MURIBARA

Cidade/UF: SAO LOURENÇO DA MATA PE

Cep: 54720210

Usuário Atendimento: GLEYCEKSV

RG (Identidade): 5.611.498

SDS

Data de Emissão:

CPF (Cadastro de Pessoa Física):

Fone: 84488894

Validação de Registro de Nasc):

Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: 09:30

Queixa Principal

Fora da mão (D) após acidente que mate
do que ocorreu há 7 horas
do que ocorreu de imediato

Exame Físico

Exame: 2+/4+ com lesão flexão mac (D)
com lesão de extensão de flexão e extensão
de flexão / extensão de flexão e extensão
de flexão e extensão de flexão e extensão
de flexão e extensão de flexão e extensão

Hipótese Diagnóstica

Lesão mac (D)

Conduta Terapêutica

Rx mac (D) - com lesão e lesão de extensão

Prescrição Médica

Prescrição Médica: lesão de extensão de flexão
Prescrição Médica: lesão de extensão de flexão
Prescrição Médica: lesão de extensão de flexão

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para: 08/04/2019 09:31

Senha:

Carimbo/Médico

Assinatura Tragem:

ATENDIDO

() SIM () DIAS
() NÃO



UPA - SÃO LOURENÇO
CONFERIDO
Nº DO PEDIDO
ASSINADO



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 27/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01903-8

CONTA: 000000511666-0

Nr. Autenticação

BRADESCO2702202005000000000023701903000000511666472500 PAGO



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



004583



EDUARDO MOURA DA SILVA
RUA SETENTA, 125
PARQUE CARIBARIBE
SAO LOURENCO DA MATA - PE
54730.970



5013196987418020000000739330100919

REMETENTE

007512

INSS
AG DA P SOCIAL RECIFE - ENCRUZILHADA
AV MARIO MELO, 343 343
SANTO AMARO
RECIFE - PE
50040.010

83 9.31.52 8306

- ☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO

- ☐ RECUSADO
☐ NÃO PROCURADO
☐ AUSENTE
☐ FALECIDO

- ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PEI
PORTEIRO/SINDICO
☐ OUTROS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

FORM. ATU.

Impresso pela Dataprev





AVENIDA CRUZ CADÚCIA - ALM. 1387 - RANTO AMARO RECIFE 97
CEP: 50040-900. Fone: (061) 3800 081 0135
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.764.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20190716217220

Escritório: OLINDA

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

MARTA CARMEM DE OLIVEIRA E SILVA
AV. TIRADENTES, N. 63366 - - P.O. BOX OLINDA PR 54067-440
INSCRIÇÃO: 096.340.970.0250.000

GRUPO: A

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 01621722.0

01621722.0

07/2019-3

LIGADO

LIGADO

1

ATÉ 02/2019

24/06/2019

29/07/2019

REAL /REAL

ÁGUA

DEBIT. ANT.: 271
DEBIT. ATUAL: 293
DEBIT. PAT.: 243

CONSUMO: 12

ESGOTO

DEBIT. ANT.:
DEBIT. ATUAL:
DEBIT. PAT.:

VOLUME: 17

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA/CONSUMO

04/2018	34	9	A	ESGOTO: 100%
05/2018	34	8	A	ESGOTO: 100%
06/2018	34	9	A	ESGOTO: 100%
07/2018	34	7	A	ESGOTO: 100%
08/2018	34	7	A	ESGOTO: 100%
09/2018	34	9	A	ESGOTO: 100%
MÉDIA	34	9	A	ESGOTO: 100%

PARÂMETROS

TURBIDEZ
COR APARELHO
CORU RESIDUAL
COLIFORMES TOTAIS
E. COLI

EXIG. PELA PORT.

MS 2.914/11
110
110
110
110
110

NÚMEROS DE AMOSTRAS

ANÁLISES

REALIZADAS

110
110
110
110
110

ATENDIM. A

LEGISLAÇÃO

100
100
100
100
100

OBSERVAÇÕES: INDICADORES TOTAIS APRESENTAM EM 100% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.
DENS. PARÂMETROS EM 100% TOTAIS. ESPECIFICADA COLI E TUBO PROVISÓRIO SEM
INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.
DENS. PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO
VISUAL DA ÁGUA.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

ESGOTO (100% DO VALOR DA ÁGUA)

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 41,30 (POR UNIDADE)

11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

MULTA PRAZATUALIDADE 06/2019

DOAÇÃO AO HOSPITAL DO CANCER 07/2019

10 M3

0 M3

10 M3

0 M3

41,30

9,48

41,30

9,48

1,72

1,90

PIS
COFINS

197,55
101,56

1,87
0,93

1,88
0,92

15/08/2019

104,28

Emissão por:

EXTRATO

Emissão por:

15/07/2019



ATENDIMENTO: 0800-0610194
PARA ENTENDIMENTO: 0500-0810195

Arpe
Atividade Regulada
de Curitiba

0800-2813844

01621722.0

07/2019-3

15/08/2019

104,28

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

828800000001-4 042800018096-7 01621722001-7 072019300003-1



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

Caso deseje apresentar alguma reclamação, sugestão, elogio ou denúncia, conte com a Ouvidoria-Geral.
Ligue 135 ou encaminhe e-mail através do Fale Conosco, localizado no PrevNet (www.previdencia.gov.br)



PREVIDÊNCIA SOCIAL
INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL



004583



EDUARDO MOURA DA SILVA
RUA SETENTA, 125
PARQUE CARIBARIBE
SAO LOURENCO DA MATA - PE
54730.970



5013196987418020000000739330100919

REMETENTE

007512

INSS
AG DA P SOCIAL RECIFE - ENCRUZILHADA
AV MARIO MELO, 343 343
SANTO AMARO
RECIFE - PE
50040.010

83 9.31.52 8306

- ☐ MUDOU-SE
☐ ENDEREÇO INSUFICIENTE
☐ NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO
☐ DESCONHECIDO

- ☐ RECUSADO
☐ NÃO PROCURADO
☐ AUSENTE
☐ FALECIDO

- ☐ INFORMAÇÃO ESCRITA PEI
PORTEIRO/SINDICO
☐ OUTROS

REINTEGRADO AO SERVIÇO POSTAL EM:

EM:

RESPONSÁVEL

VISTO

FORM. ATU.

Impresso pela Dataprev



Seguro DPVAT - Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Via Terrestre e por Carga e Pessoas Transportadas ou Não) foi criada em 1979 para ajudar as vítimas de acidentes com veículos. O Seguro DPVAT é obrigatório para todos os veículos automotores de via terrestre e para cargas e pessoas transportadas ou não. O Seguro DPVAT é um seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre e por cargas e pessoas transportadas ou não. O Seguro DPVAT é um seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores de via terrestre e por cargas e pessoas transportadas ou não.



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

EDUARDO MOURA DA SILVA
RUA SETENTA, 125
PARQUE CARIBARIBE
CEP 54720-154 - SÃO LOURENÇO DA MATA - PE

telefone: (81) 9.8645-4056

Responsável pela informação _____ E-mail	Para uso dos correios ☐ Não presunso ☐ Ausente ☐ Retornado ☐ Desconhecido ☐ Mudou-se ☐ Externamente ☐ Não existe a residência Data: ____/____/____	Devolução Seguradora Líder - DPVAT CAIXA POSTAL 40.970 CEP: 20.270-971 www.seguradoralider.com.br
--	--	--

Entre em contato conosco
SAC DPVAT 0800 022 12 04
www.seguradoralider.com.br





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números (a) do:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 022 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABWEB/DOCUMENTAL/ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF*.

* SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. * CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES LICITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu

Carlos Antonio Mampelbreine Ferreira

inscrito (a) no CPF/CNPJ 012.891.554, 45

na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Eduardo Moura da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.606.184, 07

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez

da Vítima Eduardo Moura da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 038.606.184, 07, conforme determinação da Circular Susep 445/12.

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à Seguradora LIDER-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: Av. Tiradentes

Número: 366 Complemento: _____

Bairro: Rio Doce

Cidade: Olinda

Estado: PE CEP: 53.080.490

E-mail: _____

Tel. (DDD): (51) 81.7664472

Local e Data: Olinda 18.12.19

Assinatura do Declarante

DLDR.L001 V001/2017



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 09/11/2020 13:56:45
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20110913564589500000069338316>
Número do documento: 20110913564589500000069338316

Num. 70718878 - Pág. 18

Senha da Classificação:

Especialidade:

Sexo: MASCULINO

Nome do Pai:

Nome do Médico: PLANTONISTA UPA - ORTOPEDISTA

CRM: 693

125

Bairro: MURIBARA

PE

Cep: 54720210

Usuário Atendimento: GLEYCEKSV

SDS

Data de Emissão:

Phone: 844.888.94

Data de Emissão GRN:

esc Altura: Temperatura: Hora: 09:30

Para esse teste (A) após o acidente de moto
surgiu o teste na 1 hora

Mein letztes Geheimnis

Bellula 2+1 A+ null elegans feller mac Ⓐ
nulli militat ad maximum de bello et audacia
et virtute / auxiliantur ne male collegentur
et ex parte de illis demeritis de illis militibus
viresceat de bellis maxime

London, 1740 (D)

Ex m^o 6 - com Philip e seu irmão

166 - Ins. Siliziação Ortopédica *Atividade: Luta ci extenuado por paixão*
ASTEGO / PE

ASTEGO, PE

Net 15 -

Finished on deck 5/17/10:30

2000-01 on 4/19/01. On 4/19/01

Transferido:

Para Señor Walter Gutierrez Ciro

Para Sra. Maria Aparecida

Carlinho Médico

static Triagem:

AT: 11400

FORM 1041-2 (1973)



702500

UPA - SÃO LOURENÇO
CONFERIDO
Nº DO PEDIDO

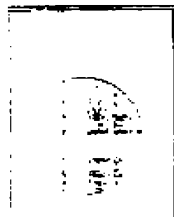


UPA 24 HORAS - SAO LOURENCO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 08/04/2019 08:58



Nome Paciente: EDUARDO MOURA DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 07/06/1981
Sexo: Masculino
Idade: 37
Senha: 0084
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 08/04/2019 09:27 - 08/04/2019 09:29

ANDREA RODRIGUES DE SOUZA CHAMIE - COREN: 78231 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **URGÊNCIA**
Cor: **AMARELO**
Queixa Principal: REFERE TER SOFRIDO ACIDENTE , COLISAO CARRO COM CARRO, EDEMA EDEMA E DOR INTENSA EM PUNHO , LUXACAO ?
Observação: NEGA ALERGIA
Fluxograma sintoma: TRAUMA
Discriminadores: - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
Sinais Vitais Lidos: - FREQUENCIA CARDIACA: 82.00 BPM
- P.A. SISTOLICA: 140.00 MMHG
- P.A.DISTOLICA: 100.00 MMHG

Acolhido(a) por: ANDREA RODRIGUES DE SOUZA CHAMIE - COREN: 78231 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 08/04/2019 09:29

Sistema de Atendimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: M798 - OUTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DOS TECIDOS MOLES

DATA DE INTERNAMENTO: 06/11/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 06/11/2019

DATA DE ALTA: 07/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 13/11/2019

HORÁRIO: 13:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CAIO HENRIQUE PINA DE SOUZA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 7 DE NOVEMBRO DE 2019

MEDICO, LEONARDO COSTA GONCALVES DE
OLIVEIRA

*Leonardo Costa
Médico
CRM 23550*

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000
TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjp.org



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTADO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: M79B - OUTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DOS TECIDOS MOLES

DATA DE INTERNAMENTO: 06/11/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 06/11/2019

DATA DE ALTA: 07/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 13/11/2019 **HORÁRIO:** 13:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CATO HENRIQUE PINA DE SOUZA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 7 DE NOVEMBRO DE 2019

Leonardo Costa
Médico
CRM 23550

MÉDICO: LEONNARDO COSTA GONCALVES DE
OLIVEIRA

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjp.org



**LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)**

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PERÍODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORARIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: M79B - OUTROS TRANSTORNOS ESPECIFICADOS DOS TECIDOS MOLES

DATA DE INTERNAMENTO: 06/11/2019

DATA DA CIRÚRGIA: 06/11/2019

DATA DE ALTA: 07/11/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 13/11/2019

HORÁRIO: 13:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. CAIO HENRIQUE PINA DE SOUZA

JABOATÃO DOS GUARARAPES, 7 DE NOVEMBRO DE 2019

MEDICO: LEONARDO COSTA GONCALVES DE
OLIVEIRA

Leonardo Costa
Médico
CRM 23550



Recomendações Pré-operatório



Dados

Paciente: Eduardo Moraes da Silva Data da cirurgia: 06/11/19
Cirurgia: trat. cir. de displasia de colo + trat. cir. de papilo + Tomoplastia
Cirurgião: Dr. Caio Internar dia: 06/11/19 às 08:00 hs
Nº. do RG: _____ Nº. Cartão SUS: _____
Telefone de contato: _____ Município: _____

Recomendações Gerais

- O paciente deverá alimentar-se até às 22:00 horas do dia anterior à cirurgia;
- No dia do internamento trazer apenas material de higiene pessoal e roupas em quantidade suficiente;
- Não é permitida a entrada de lençol, travesseiro e comida;
- Paciente com pendência de exames não terão o procedimento autorizado, traze-los com antecedência de até 15 dias;
- Paciente que necessita de reversa de sangue, deverá trazer 3 comprovantes de doação de sangue.

Coleta do HEMOPE: ☐ Sim ☐ Não

OBS: Trazer RG e Cartão SUS.

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Av. Gen. Manoel Buarque, 126 - Centro
Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP: 54160-001
tel: (081) 3402.9888 - www.hmpjor.org



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

PRONTUÁRIO: 776799

SOLICITO:

RADIOGRAFIA DA MAO AP OBLICUO

DR(a): CAIO HENRIQUE PINA DE SOUZA

ASSINATURA

Leandro Costa
Médico
CRM 24800

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

USO ORAL

1. DÍPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS

DATA: 07/11/2019

ASSINATURA E


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM 23550

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: EDUARDO MOURA DA SILVA

USO ORAL

1. DAPIRONA 500mg ----- 20 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO A CADA 6 HORAS EM CASO DE DOR
[06h] [12h] [18h] [24h]
2. VITAMINA C 500mg ----- 45 COMPRIMIDOS
TOMAR 01 COMPRIMIDO, 1 VEZ AO DIA, POR 45 DIAS

DATA: 07/11/2019

ASSINATURA E CARIMBO


Antonio Yves Cordeiro de Mello Junior
CRM 23550

Av. General Manoel Rabelo - Nº126 - Centro - Jaboatão dos Guararapes - CEP: 54160-000

TELEFONE: 3482-9888 - www.hmjpe.org



P/ Eduardo Menezes da Silva

Lauda Médico

Paciente sofreu acidente automobilístico há 4 meses com lesão do ligamento colateral ulnar do polegar ainda não diagnosticada por outros colegas. Ao exame físico, apresenta instabilidade crônica da articulação metacarpo-falangeana do polegar (lesão de Stener) que acarreta em dor crônica e incapacidade de utilizar essa mão para o trabalho. Ressalta que o diagnóstico não foi realizado antes pois não foram solicitados os exames corretos (ressonância ou radiografia sob estresse), mas é possível afirmar o diagnóstico clínico que é sabido.

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Av. Gen. Manoel Rabelo- 126 - Centro
Jaboatão dos Guararapes/pe - cep: 54160-000
Tel.: (81) 3482.9888 - www.hmjpe.org

Vide verso

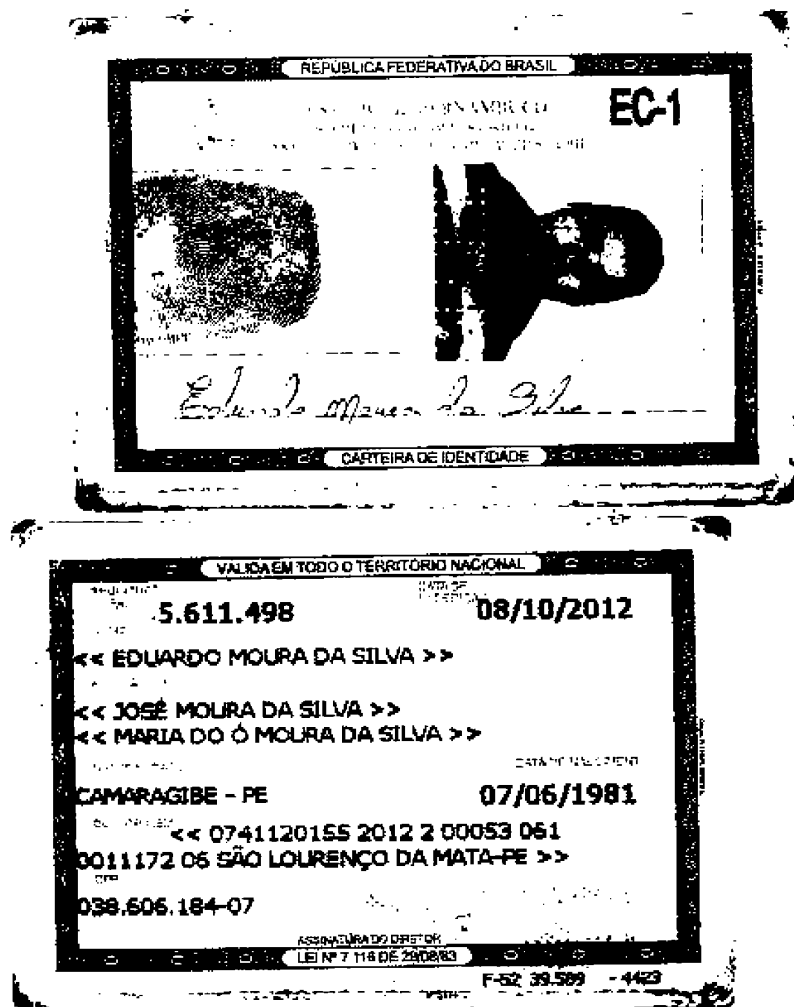


Solicite exames pré-operatórios para avaliar
a reconstrução ligamentar do ligamento
colateral ulnar do polegar. Acredito que o
período de 4 meses será suficiente para o
paciente realizar os exames, a cirurgia e
a reabilitação.

S633 + S634

Dr. Caio Pina
Ortopedia e Cirurgia da Mão
CRM-PE 22411 TEOT 16104





1301697147

VALIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

IDENTIFICAÇÃO

NOME: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

DOC. IDENTIDADE (RG) EMISSOR: UF: 4448408 505 PE

CPF: 012.891.554-45 DATA NASCIMENTO: 15/10/1982

FUNÇÃO: NAO DECLARADO

TELMA LUCIA MANGABEIRA FERREIRA

PERMISSÃO: [] AGE: [] OUT. PAB: AS

Nº REGISTRO: 03934876503 VALIDADE: 17/08/2021 1ª VALIDAÇÃO: 27/09/2006

INFORMAÇÕES

Exerce Ativ. Assumida

ALTERNATIVO PORTADOR

LOCAL: OLINDA - PE DATA EMISSÃO: 22/08/2016

ASSINATURA DO FISCAL: 04086869567 PE074467743



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 013435749368
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RATIFIC	EXERCÍCIO
NOME			
CPF / CNPJ			
PLACA ANT / UF		CHASSI	
PLACA		COMBUSTÍVEL	
ESPECIE TIPO		MARCA / MODELO	
CAP / POT / CIL		CATEGORIA	ANO FAB
COTA ÚNICA		VENG COTA ÚNICA	VENG / COTAS
P		1	
V		2	
A		3	
FAIXA LPVA		PARCELAMENTO / COTAS	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IMP (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)
DATA DE PAGAMENTO		OBSERVAÇÕES	
LOCAL		DATA	

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PATRIMONIAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU BEM - SEGURO DPVAT

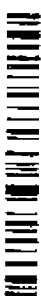
PE Nº 013435749368 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

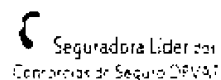
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
VIA	CPF / CNPJ
RENAVAM	MARCA / MODELO
ANO FAB	CHASSI
PRÊMIO TARIFÁRIO	
FAS (R\$)	DESMAT (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
IMP (R\$)	TOM. SEMIN. ESTIMADO (R\$)
PAGAMENTO	DATA DE EXAT.ÇÃO
COTA ÚNICA	PARCELADO

SEURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.546.806/0001-04



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471579/19

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

CPF: 038.606.184-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO MOURA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

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

EDUARDO MOURA DA SILVA : 038.606.184-07

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: 27/12/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS - INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior CPF da vítima: 038.606.184-17
 Data do Acidente: 09/11/19
 Portador da documentação: ☐ Vítima ☐ Representante legal, cujo nome/assunto com a vítima é:
 Qualificação do Portador: _____
 Endereço do portador: _____
 Número: _____ Complemento: _____ Bairro: _____
 Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ Telefone: () _____
 E-mail: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐ Registro da ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐ Laudo do IML (cópia simples e legível)
☐ Declaração de ausência de Laudo do IML, presente no Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. (pai ou mãe)

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

Data: _____
 Identidade: _____
 Assinatura: _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS:

- ☐ Formulário de Pedido do Seguro DPVAT
☐ Registro da ocorrência expedido pela autoridade policial (cópia simples e legível)
☐ Carteira de identidade da vítima ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou carteira de trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF da vítima (cópia simples e legível)
☐ Relatório do médico assistente, informando as lesões sofridas em decorrência do acidente e o tratamento realizado (cópia simples e legível)
☐ Comprovantes (originais e legíveis) das despesas médicas hospitalares quitadas
☐ Notas fiscais (originais e legíveis) de farmácia acompanhadas do respectivo receituário médico (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples e legível)

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO APRESENTADO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS:

- ☐ Carteira de identidade do Representante Legal, se houver, ou certidão de nascimento ou certidão de casamento ou Carteira de Trabalho ou Carteira Nacional de Habilitação (cópia simples e legível)
☐ CPF do Representante Legal, se houver (cópia simples e legível)
☐ Comprovante de residência em nome do representante legal, se houver (cópia simples e legível)
 obs: Representante legal é quem representa a vítima menor de 0 a 15 anos. (pai ou mãe)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Morte = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÕES: Invalidez Permanente = até R\$ 13.500,00

Despesas Médicas (DAMS) = até R\$ 2.700,00 (Reembolso)

- O prazo para pagamento da indenização é de 30 dias contados a partir da entrega da documentação completa
- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares, como os listados ao lado, nesse formulário
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue para Central de Atendimento para consultas sobre indenizações e prêmios: Capitais e Regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800-022-12 04 / Das 8h às 20h

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data: 12/11/19
 Nome: Antonio YVES Cordeiro de Mello Junior
 Assinatura: _____





PREVIDÊNCIA SOCIAL

INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL



CONSELHO

034431



EDUARDO MOURA DA SILVA
RUA SETENTA 125
PARQUE CAPIBARIBE
SAO LOURENCO DA MATA PE
54730-970



file process:
(81) 9. 8146-4047
(81) 9. 8665-41056

Scanned with CamScanner



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723232

Cidade: São Lourenço da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do acidente: 08/04/2019

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º E 4º METACARPO DA MÃO DIREITA MAIS LESÃO STENER DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DA MÃO DIREITA: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL DO TERRITÓRIO DO 2º METACARPO EM SUA BASE EM REGIÃO PRÓXIMO AO CARPO, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DO 1º DEDO LOCAL DE VIA DE ACESSO PARA RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TENDÃO COLATERAL DO DEDO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º, 2º E 3º DEDOS DA MÃO ACOMETIDA EM 30º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO DORSAL E REGIÃO TENAR ENTRE A ARTICULAÇÃO METACARPOFALANGEANA DO 1º DEDO, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA HIPOTENAR, DÉFICIT DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR MODERADA, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DA MÃO ACOMETIDA DEVIDO A MÚLTIPLAS LESÕES, DOR ARTICULAR EM REGIÃO CARPAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MÃO DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/02/2020

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
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723232

Cidade: São Lourenço da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do acidente: 08/04/2019

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO 2º E 4º METACARPO DA MÃO DIREITA MAIS LESÃO STENER DO 1º QUIRODÁCTILO DA MÃO DIREITA

Descrição do exame físico: AO EXAME DA MÃO DIREITA: APRESENTA AUMENTO DE VOLUME EM REGIÃO DORSAL DO TERRITÓRIO DO 2º METACARPO EM SUA BASE EM REGIÃO PRÓXIMO AO CARPO, CICATRIZ CIRÚRGICA EM FACE MEDIAL DO 1º DEDO LOCAL DE VIA DE ACESSO PARA RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO TENDÃO COLATERAL DO DEDO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO 1º, 2º E 3º DEDOS DA MÃO ACOMETIDA EM 30º, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DOS DEDOS GRAU II, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO DORSAL E REGIÃO TENAR ENTRE A ARTICULAÇÃO METACARPOFALANGEANA DO 1º DEDO, ATROFIA MODERADA DA MUSCULATURA HIPOTENAR, DÉFICIT DE FORÇA DE PREENSÃO PALMAR MODERADA, AFIRMA DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES MANUAIS COM USO DA MÃO ACOMETIDA DEVIDO A MÚLTIPLAS LESÕES, DOR ARTICULAR EM REGIÃO CARPAL.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MÃO DIREITA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO MÃO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 17/02/2020

Conduta mantida:

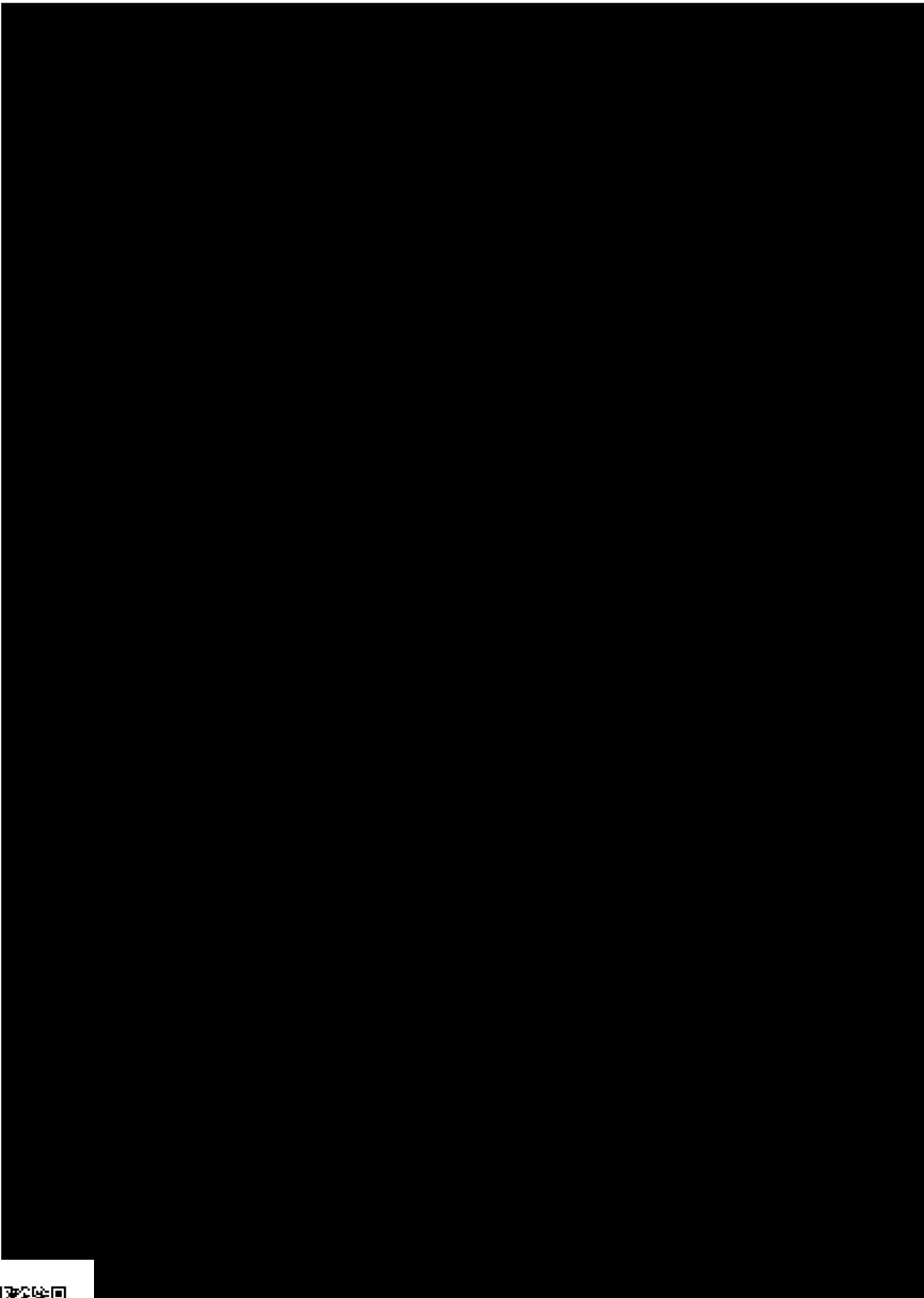
Observações:

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 uma das mãos	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00





PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190723232

Cidade: São Lourenço da Mata

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

Data do acidente: 08/04/2019

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: EVOLUÇÃO MÉDICA NA PÁGINA 10.

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 uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Eduardo Moura da Silva

RG/CNH/TPS: 5.611.493 **CPF:** 038.606.184-07

End: Rua Getúlio, 125 Parque Capibaribe, São Lourenço da Mata, PE

OUTORGADO: CARLOS ANTÔNIO MANGABEIRA FERREIRA

RG / CNH / TPS: 6.466.408 SDS/PE **CPF:** 012.891.554-45

End: AV. TIRADENTES Nº 366, 4º ETAPA – RIO DOCE – OLINDA/PE

Nomeia meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que configura como vítima:

Eduardo Moura da Silva

CPF: 038.606.184-07

São Lourenço da Mata, 14 de Dezembro de 2019



Eduardo Moura da Silva

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DE PERNAMBUCO

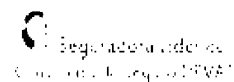
Serventia Notarial de São Lourenço da Mata/PE
Rua Des. de Janeiro, 258 - Centro
(81) 3519-8217 - serventianotarial@pemail.com.br
Reconhecido por AUTENTICIDADE a(s) firma(s) de:
(1) Eduardo Moura da Silva - São Lourenço da Mata,
14/12/2019. RG: 5.611.493 - RNM: 668.661.111 - TSTN:
R\$ 0,00 - FISC: R\$ 0,48 - FERN: R\$ 0,04 - FUNSEG: R\$
0,00 - ISS: R\$ 0,28 - Total: R\$ 0,76 - Solo(s):
0159492 00011201901 00795



Criei este documento em: 09/11/2020 13:56:45



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471579/19

Número do Sinistro: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

CPF: 038.606.184-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO MOURA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

EDUARDO MOURA DA SILVA : 038.606.184-07

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 29/01/2020
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

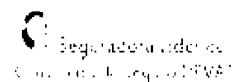
Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471579/19

Número do Sinistro: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

CPF: 038.606.184-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO MOURA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Outros

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: 06/02/2020
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

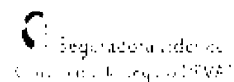
Data do cadastramento: 06/02/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471579/19

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

CPF: 038.606.184-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO MOURA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA : 012.891.554-45

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

EDUARDO MOURA DA SILVA : 038.606.184-07

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: 27/12/2019
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

Responsável pelo cadastramento na seguradora

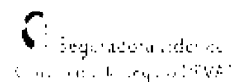
Data do cadastramento: 27/12/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

RAIANNE SILVA BARBOSA



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0471579/19

Número do Sinistro: 3190723232

Vítima: EDUARDO MOURA DA SILVA

CPF: 038.606.184-07

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDUARDO MOURA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

EDUARDO MOURA DA SILVA : 038.606.184-07

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: 22/01/2020
Nome: CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA
CPF: 012.891.554-45

CARLOS ANTONIO MANGABEIRA FERREIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/01/2020
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA

