



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº: 1969.000
EM: 03.10.17

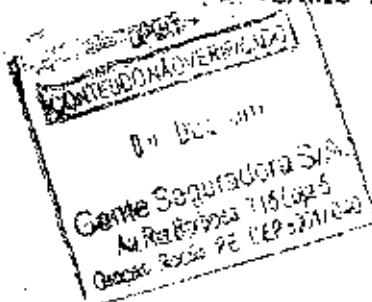
Atendendo ao requerimento do Sr. **IVSON FELIX DE SIQUEIRA, RG:514333 – MEX/PE, CPF:032.782.374-71**, consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S 384912** do dia 23 de setembro de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/JABOATÃO por volta das 22h 31min vítima de colisão moto e moto. O acidente aconteceu na Rua Kleber de Andrade nº S/N, próximo ao Martelinho de Ouro após o Bompreço de Candeias na 5º rua – Candeias - Jaboatão dos Guararapes/PE, onde após os cuidados, a vítima foi removida para a UPA da Imbiribeira.

Jaboatão dos Guararapes, 04 de Outubro de 2017.

José Samarone N. Lima
Coord. Geral - SAMU/PMIG
COREN-PE 345.393-ENF

Jose Samarone N. Lima
Coord. Geral-Samu/PMJG.
Sec. Saúde-Jaboatão dos Guararapes.
COREN-PE345. 393-ENF.

Resangela S. Azevedo
ADM. Matrícula: 132560
SAMU - PMJG



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/03/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000143075-0

Nr. da Autenticação 603A5B96AF960624



**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradevalidade.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

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:

<https://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e reseguro.

¹ 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 ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu AMARO MANOEL DE OLIVEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 101.968.034 / 20, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário IVSON FELIX DE SIQUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.482.374 / 71, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima IVANO FELIX DE SIQUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 032.482.374 / 71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

16 Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando à 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 RUA LORENA		Número 50	Complemento
Bairro JARDIM SÃO PAULO	Cidade RECIFE	Estado PE	CEP 50790-030
Email LUIZOLIVEIRA177@GMAIL.COM	Telefone comercial(DDD) (81)9.8314-0368	Telefone celular(DDD) (81)9.8726-5603	

Reife am 26. DEZEMBER

Localise Data

卷之三

10

卷之三

卷之三

100

1

Assinatura do Declarante



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RHACENEY SILVA DE ARAUJO RAMOS

RG nº 8.040.585, data de expedição 04/05/2006

Órgão SOS, portador do CPF nº 100.865.514-77, com
domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
6º TRAVESSA 11 DE AGOSTO, nº 181

complemento RESIDÊNCIA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JUSON FELIX DE SIQUEIRA, cujo o condutor era
JUSON FELIX DE SIQUEIRA.

Veículo: MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN EX

Modelo: HONDA TITAN 150 EX

Ano: 2015

Placa: PDO 2369

Chassi: 9GZKC1650F065905

Data do Acidente: 23 DE SETEMBRO DE 2017

Local e Data: 21 DE NOVEMBRO DE 2017



Rhaceney Silva de Araujo Ramos

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DO 10º DISTRITO JUDICIÁRIO DA CAPITAL - RECIFE - PE
Rua Fausto da Rocha, 229 - Bairro: Centro - CEP: 50010-011 - Fone: (81) 3261-5130

Recolhido, D. por: RHACENEY SILVA DE ARAUJO RAMOS

que confere c/ o padrão red. neste cartório. Diz fá,

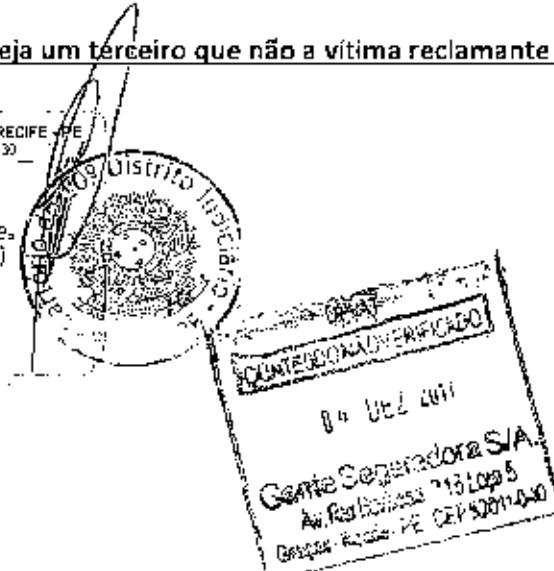
Recife, 21 de novembro de 2017. Em testemunha da verdade,

Calíope José Andrade da Silveira (18 Set)

Endr.: R\$ 3,98 - RG: 4678 - Total: R\$ 4,66

Valido suamente com o código: 0074781510001702-03597

Consulte a autenticidade em: www.tjpe.jus.br/autenticar



Queixa Principal / História

COLISÃO MOTO X MOTO APÓS INGESTA ALCOOLICA, RELATA DOR EM COTOVELO DIR, PÉ E JOELHO ESQ.
NEGA TCE, EP EMETICO, PERDA DE CONSCIENCIA, DOR CERVICAL, PELVICA OU TORACICA.
SEM ALERGIAS
ESCORIAÇÕES DIVERSAS

Antecedentes

DM: SIM NÃO

HAS: SIM NÃO

Alergia: SIM NÃO

Medicamentos: SIM NÃO

Exame Físico

EG Bom	Consciente	Orientado e Conversando	Hidratado
Nutrido	Corado	Aclanótico	Anictérico
Eupnélico	Afebril	Sem Edemas	

ACV.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AR.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AD.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

SN.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADO

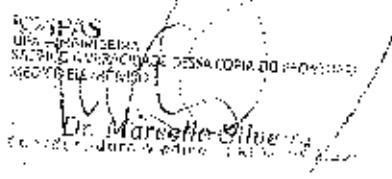
SGU.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

ORE.: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

Pele: NÃO EXAMINADO NORMAL ALTERADA

AP. Locomotor: EDEMA DOR A MOVIMENTAÇÃO EQUIMOSE HEMATOMA DEFORMIDADE ÓSSEA
OUTROS:

Aferições:	PAS	PAD	FR	FC	P (KG)	T	Alt. (cm)	SAT O ₂
					14			



Aferições: PAS PAD FR FC TEMP SATO2 HGT

Reavaliação Clínica:

RX: FRATURA DO COLO DO RÁDIO DIR
SEM BLOQUEIO DE PRONOSUPINAÇÃO

CD: IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + ENC AO AMBULATORIO

Achado Radiológico:

Resultado de Exames (Laboratório e ECG):

Sinais de Alarme:

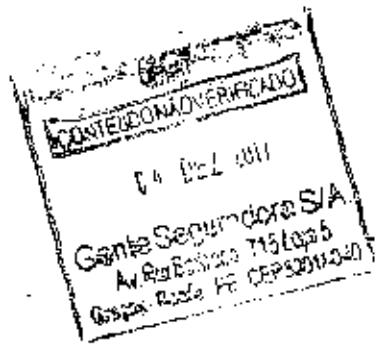
Ausente

Observações:

Sinais de Choque:

Ausente

IPAS
IMP. IMPERATRIZ
MANTINHO A VERACIDADE DESTA CÓPIA DO PRESCRIÇÃO
MÉDICO ELETRÔNICO
Dr. Marcello Silveiro
Coordenador Médico CRM-PE 2.420



RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 24/09/2017 01:42:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: IVSON FELIX DE SIQUEIRA RG: 514333 PESO:
IDADE: 43 Anos SEXO: MASCULINO ALTURA:
Data de Nascimento: 07/03/1974

PRESTADOR ASSISTENTE: GILSON ALVES FALCÃO FILHO

DATA DE ATENDIMENTO: 23/09/2017 23:12:50 ATENDIMENTO: 1000676 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 1 Dia(s)

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO

PLANO: PLANO UNICO

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S521 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RÁDIO

DIAGNÓSTICO(S) SECLUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: T008 - TRAUM SUPERF ENVOLV OUTR COMB REGIÕES CORPO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S521 - FRAT DA EXTREMIDADE SUPER DO RÁDIO

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APÓS PROCEDIMENTO

PROCEDIMENTO DE ALTA:


UPA IMBIRIBEIRA
BÁSTICO A VERACIDADE DESSA CÓPIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO

Dr. Marcello Silveira
Coordenador Médico - CRM: 2.220

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais
MV 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

UPA_IMBIRIBEIRAmarcellojcs

ENCAMINHAMENTO PARA OUTRA UNIDADE DE SAÚDE

Encaminho o Sr. (a) IVSON FELIX DE SIQUEIRA , que foi atendido no serviço Urgência / Emergência desta unidade, registrado sob o número de prontuário 0000208529 e número de atendimento 01001717 apresentando diagnóstico FRATURA DO COLO DO RÁDIO DIR para AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA .

Observação:

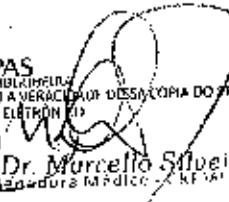
OBS 1: MARCAR ATRAVÉS DO POSTO DE SAÚDE

OBS 2: SEM BLOQUEIO DE PRONO-SUPINAÇÃO

Recife, 26 de Setembro de 2017

Médico: GILSON ALVES FALCÃO FILHO

CRM: 20568

IPAS
UPA - UNIDADE DE
RÁTICO AVERACIÃO DESSALVIA DO PRONTUÁRIO
MÉDICO ELETRÔNICO

Dr. Marcello Silveira
Coodenador Médico - CRM-PE 2.220

Médicos
Todo Dia



Exames
Laboratoriais



RECEITUÁRIO

Fundo Médico



Pimentel Inácio Félix de Siqueira, 43 anos, com história de queda de moto e fratura do colo do rádio a direita, no dia 23/09/17. Radiografia evidenciou a fratura. Atualmente sente-se de dor e dificuldade para em cotovelo direito e desta forma, o paciente relata diariamente de fraco realizar suas atividades laborais.

ávto: 552.1

16/01/18

*L. Alexandre Lima
Medicina Física e Reabilitação
CRM: PE: 21462*

Médicos do Povo - Consultórios Médicos e Exames Laboratoriais.
Endereço: Rua Santo Elias, N° 292 - Loja A | Prazeres | Jaboatão dos Guararapes | PE.
FONE: (81) 3377.9151



1483194177

PROIBIDO PLASTIFICAR

VALIDA EM TODO
TERRITÓRIO NACIONAL

IVSON FELIX DE SIQUEIRA

DOC. IDENTIDADE / ODO. EMISSOR / UF
914333 MEX PE

CPF / CNH / DATA Nascimento
033.762.374-71 07/03/1974

TELEFONE
ANTONIO DE SIQUEIRA

JOSEFA MANOEL FELIX

PERMISSÃO / AOC / CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO / VALIDADE / HABILITAÇÃO
05806895635 23/08/2022 30/05/2013

OBSERVAÇÕES
BAR

Assinatura do Portador

LOCAL / DATA EMISSÃO
JABOTACAO DOS GUARARAPES, PE 34/08/2017

Orvalho Andrade Soárez, Ministro
Ministro Presidente

33402406779
PE080553006

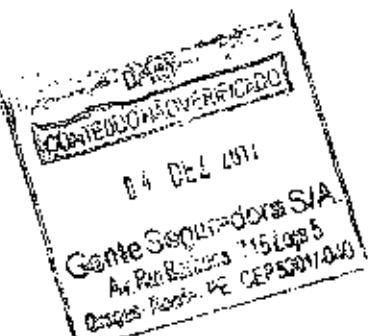
APARTADO DO CARTÃO
PERNAMBUCO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - PE		Nº 0127117/1634	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
PLACA	COL. RENAVAM	DATA	EXERCÍCIO
155-1427	155-1427	15/03/2005	2011
NOME			
WILLYMEL ELENTE DE JESUS SOARES			
DATA DE NASCIMENTO		LUGAR DE NASCIMENTO	
01/01/1985		PE	
CPF/CNPJ		PLACA	
12345678901		F154-022	
PLACA ANT. DE	CH-381	ESPECIE	COMBUSTÍVEL
12345678901	12345678901	12345678901	12345678901
MARCAS/ MODELO		ANO PAB.	ANO MUD.
12345678901		12345678901	12345678901
CAP / PON. CIL.	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
12345678901	12345678901	12345678901	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
12345678901	12345678901	12345678901	
PAGAMENTO COTAS		PAGAMENTO COTAS	
12345678901		12345678901	
VALOR TAFARO (R\$)		VALOR	DATA DE PAGAMENTO
12345678901		12345678901	12345678901
OBSERVAÇÕES			
E-10 - 100 COTAS PAGADAS - 100% PAGO			
DATA		12345678901	

SEGURO OBLIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÉHICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, CONFORME A LEI CÂMADA PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT																													
PE Nº 012711771654 BILHETE DE SEGURO DPVAT																													
VALOR: R\$ 10,00 (DEZ) REAIS - RAMO B																													
PERÍODO DE VIGÊNCIA: DE AGOSTO 18 A AGOSTO 19 160791-687																													
ESTE É O SEU BILHETE PARA MAIS INFORMAÇÕES CONDICOES GERAIS: www.dpvatsseguro.com.br																													
WWW.DPVATSEGURADO.COM.BR																													
SAC DPVAT 0800 022 1204																													
<table border="1"> <tr> <td>EXERCÍCIO</td> <td>DATA EMISSÃO</td> </tr> <tr> <td>2016</td> <td>27/06/16</td> </tr> </table>			EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO	2016	27/06/16																							
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO																												
2016	27/06/16																												
<table border="1"> <tr> <td>CPF / CNPJ</td> <td>PLACA</td> </tr> <tr> <td>111.111.111-11</td> <td>FDO2368</td> </tr> </table>			CPF / CNPJ	PLACA	111.111.111-11	FDO2368																							
CPF / CNPJ	PLACA																												
111.111.111-11	FDO2368																												
<table border="1"> <tr> <td>RENAVAM</td> <td>MARCA / MODELO</td> </tr> <tr> <td>6051541227</td> <td>HONDA / CG 150 TITAN EX</td> </tr> </table>			RENAVAM	MARCA / MODELO	6051541227	HONDA / CG 150 TITAN EX																							
RENAVAM	MARCA / MODELO																												
6051541227	HONDA / CG 150 TITAN EX																												
<table border="1"> <tr> <td>ANO/FAB.</td> <td>CHASSI</td> </tr> <tr> <td>2015</td> <td>201701150084005305</td> </tr> </table>			ANO/FAB.	CHASSI	2015	201701150084005305																							
ANO/FAB.	CHASSI																												
2015	201701150084005305																												
<table border="1"> <tr> <td colspan="3"> PRÉMIO TARIFÁRIO </td> </tr> <tr> <td>PREÇO (R\$)</td> <td>DEPARTAMENTO (R\$)</td> <td>CUSTO DO SEGURO (R\$)</td> </tr> <tr> <td>100,00</td> <td>100,00</td> <td>100,00</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> CUSTO DO BILHETE (R\$) </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> CUSTO DO RÁMICO </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> PAGAMENTO </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> PARCELADO </td> </tr> <tr> <td colspan="3"> DATA DEQUITAÇÃO </td> </tr> </table>			PRÉMIO TARIFÁRIO			PREÇO (R\$)	DEPARTAMENTO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	100,00	100,00	100,00	CUSTO DO BILHETE (R\$)			CUSTO DO RÁMICO			PAGAMENTO			<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA			<input type="checkbox"/> PARCELADO			DATA DEQUITAÇÃO		
PRÉMIO TARIFÁRIO																													
PREÇO (R\$)	DEPARTAMENTO (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)																											
100,00	100,00	100,00																											
CUSTO DO BILHETE (R\$)																													
CUSTO DO RÁMICO																													
PAGAMENTO																													
<input checked="" type="checkbox"/> COTA ÚNICA																													
<input type="checkbox"/> PARCELADO																													
DATA DEQUITAÇÃO																													
SEGURADORA LÍDER - DPVAT																													
CNPJ 02.240.039/0001-14																													
www.seguradoraleader.com.br																													



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Nome do(a) Examinado(a): **IVSON FELIX DE SIQUEIRA** Sinistro: **3170647673** Data: **23/09/2017**

Endereço do(a) Examinado(a): **Rua Seis, 173 A - Cajueiro Seco - Jaboatão dos Guararapes - PE - CEP 54330-070**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**MEx /PE**] **514333**

Data local do exame: [**26/02/2018**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)
Fratura proximal do rádio direito. Fratura do navicular esquerdo. . Vítima refere dor e perda de força em cotovelo direito, dor no pé esquerdo ao deambular. Ao exame, apresenta limitação da amplitude dos movimentos do cotovelo direito e limitação da dorsiflexão do pé esquerdo.

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [**X**] Sim [] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações.
A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada para ambas as fraturas e tratamento fisioterápico.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [**X**] Sim [] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do cotovelo direito

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias

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

() "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):
Cotovelo direito

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

Região Corporal (Sequela):
Pé esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

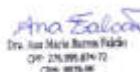
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

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

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (*).

() Total = "100% da IS"

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


Dr. Ana Maria Barros Falcao
CRM: 8978-PE
CRF: 226.999-8747-72
CRB: 8878-PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170647673 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA **Data do acidente:** 23/09/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER

Diagnóstico: Fratura proximal do rádio direito. Fratura do navicular esquerdo.

Descrição do exame Vítima refere dor e perda de força em cotovelo direito, dor no pé esquerdo ao deambular. Ao exame, apresenta limitação da amplitude dos movimentos do cotovelo direito e limitação da dorsiflexão do pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento conservador com imobilização gessada para ambas as fraturas e tratamento fisioterápico.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do pé esquerdo, Limitação funcional do cotovelo direito.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 26/02/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Ana Maria Barros Falcao

CRM do médico: 8978

UF do CRM do médico: PE

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
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

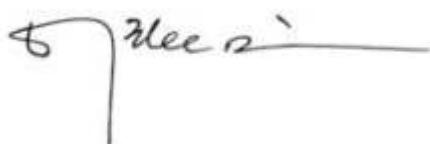
ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



PROCURAÇÃO

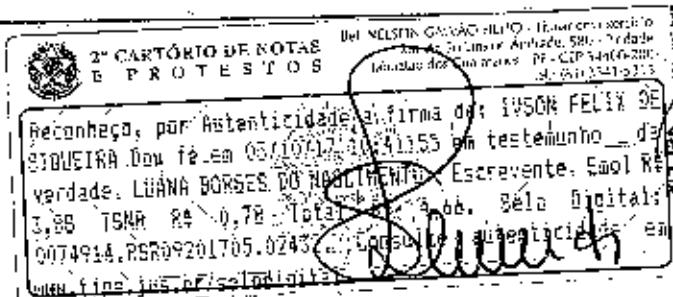
Procuração



OUTORGANTE: JUSSON FELIX DE SIlVEIRA, brasileiro(a),
estado civil CASADO, profissão MOTORISTA, CNH n°
514.333, CPF/MF n° 032.782.379-71, residente e domiciliado(a)
à Rua RUA SEIS N° 173 A CAJUEIRO SECO, Cidade de
JABOTICABA DOS GUARARAPES, Estado PERNAMBUCO, CEP:
54330-070 telefone 81.98859-0629.

OUTORGADO: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA
CPF sob o n.º 101.968.034-20 e
RG sob o número 1.310.620 com endereço citado
R:LORENA N:50 JARDIM SÃO PAULO, na cidade de
RECIFE, Estado do PERNAMBUCO

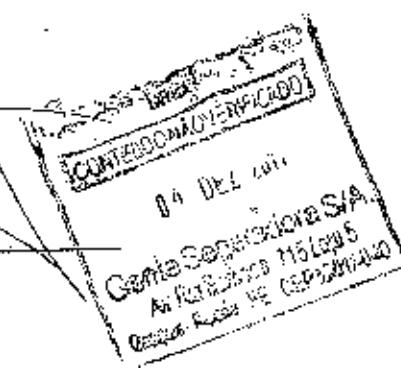
PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por
escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o
andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a
Seguradora Lider e Seguradoras conveniadas e à Susep.
Obs.: É de responsabilidade do outorgado a veracidade das informações e
documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



JABOTICABA DOS GUARARAPES 03 de OUTUBRO de 2017



OUTORGANTE



Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Nº Sinistro: 3170647673
Vitima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Data do Acidente: 23/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170647673**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 14 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Nº Sinistro: 3170647673
Vitima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Data do Acidente: 23/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170647673**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 18 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**

Sinistro: **3170647673**
Vítima: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**
Data do Acidente: **23/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170647673** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**

Sinistro: **3170647673**
Vítima: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**
Data do Acidente: **23/09/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **AMARO MANOEL DE OLIVEIRA**

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170647673** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Março de 2018

Carta n°: 12493863

A/C: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Nº Sinistro: 3170647673
Vitima: IVSON FELIX DE SIQUEIRA
Data do Acidente: 23/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: AMARO MANOEL DE OLIVEIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 104

Agência: 000001580

Conta: 00000143075-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

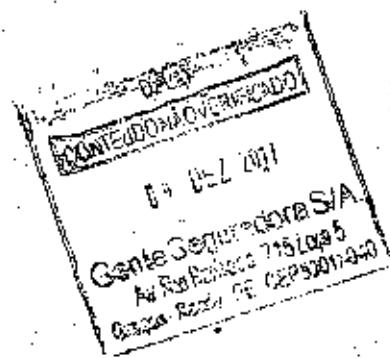
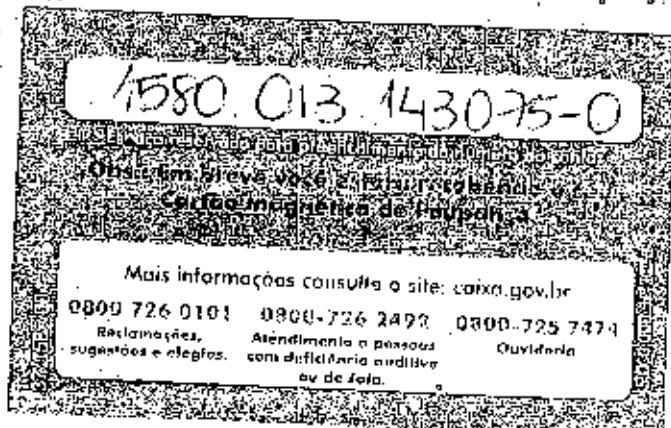
NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





1 de 1

407922



28/11/2017 10:37

A.D. 1150

420 *Geotrichum candidum*

Tattoo

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 012^ª CIRCUNSCRICAO - JARDIM SÃO
PAULO - DP12^ªCIRC DIM/4^ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0102004193

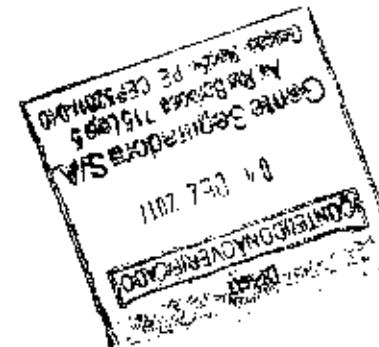
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 28/11/2017 às
10:47

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 23/9/2017 no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: **RUA CORONEL XLEBER DE ANDRADE, 1,**
PRÓXIMO AO BOMPREÇO DE CANDEIAS - Bairro: **CANDEIAS - JACOBINA**
DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

Pessoas(s) envolvida(s) na ocorrência:

PESSOA DESCONHECIDA (AUTOR VAGENTE)
RHALDNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS (OUTRO)
IVSON FELIZ DE SIQUEIRA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): IVSON FELIZ DE SIQUEIRA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): PESSOA DESCONHECIDA

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

IVSON FELIZ DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mae: JOSEFA
MANOEL FELIX Data de Nascimento: 7/3/1974 Naturalidade: MÃO INFORMADO /
PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: **RUA SEIS, 173 - CEP: 66600-000 - Bairro: CAJUEIRO SECO -**
JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL

PESSOA DESCONHECIDA (não presente no plantão) - Gênero: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

RHADNEY SILVA DE ARAUJO RAMOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA I (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): RHALANEY SILVA DE ARAUJO RAMOS, que estava em posse do(a) Sr(a): IVSON FELIZ DE SIQUEIRA
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido. Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: P902369 (PERNAMBUCO/RECIFE)
Ano Fabricação/Modelo: 2018/2018
Descrição: TITAN EX

MOTOCICLETA II (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **PESSOA DESCONHECIDA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA SHINERAY XY600** Objeto apreendido: Não
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

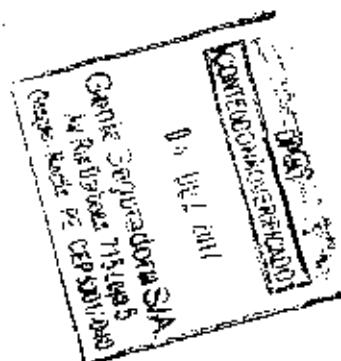
Complemento / Observação

INFORMA O QUEIXOSO QUE NO DIA E HORA CITADOS SOFREU UMA COLISÃO ENTRE A MOTOCICLETA QUE PILOTAVA E A REFERIDA CINQUENTINHA QUE FUGIU DO LOCAL E QUE FOI SOCORRIDO PARA UPA DA IMBIRIBEIRA PELO SAMU OC. N° 6 384912. REGISTRA O FATO PARA TER COBERTURA LEGAL.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) neste local

IVSON FELIZ DE SIQUEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: CLAUDIO CALISTO DE PONTES - Matrícula: 151886-2





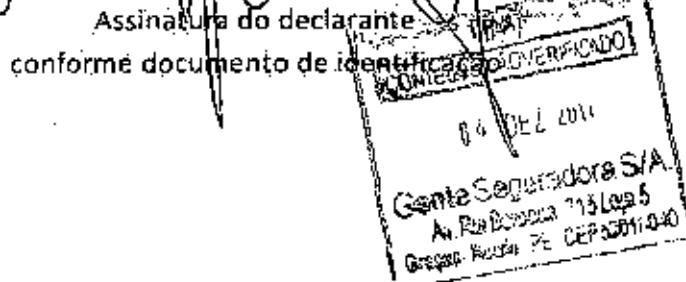
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, JUNSON FELIX DE Siqueira, portador da carteira de identidade nº 514333 MEX 76 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.782.374-71, residente e domiciliado na rua SEIS, n.º 173 - A, Cidade Taboão das Gouras, Estado SPERNAMBUCO, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa pré-concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do conteúdo.



Recife, 01 DE DEZEMBRO DE 2011.

Local e data