

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: 26/12/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01580

CONTA: 000000095686-3

Nr. da Autenticação C55F76F378BA4383

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU, Jurson Felix de Siqueira PORTADOR
DO RG EXPEDIDO PELO EM / / E
CPF Nº 032.782.374-71 NA QUALIDADE DE FAVORECIDO (a)
BENEFICIÁRIO (a) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA O mesmo
VENHO POR MEIO DESTA DECLARO QUE RESIDO ENDEREÇO:
Rua 6 nº 173 Vila Social
BAIRRO: Prazeres
CIDADE: Jaboatão dos Guararapes UF: PE CEP: 54330-070

LOCAL /DATA

ASSINATURA DO FAVORECIDO (a) BENEFICIÁRIO (a)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 OUT. 2012
Gente Seguradora S/A
Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP

Secretaria
de SaúdeHOSPITAL
DOM HELDER CÂMARA

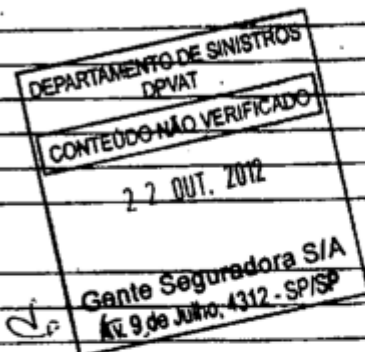
PERNAMBUCO
GOVERNO DO ESTADO
GESTÃO
IMIP
HOSPITALAR**Resumo de Alta Hospitalar / Orientação Final / Ficha de Esclarecimento**

Nome: Lucas Felix de Siqueira Registro nº 59183
 Idade: 38 Sexo: M Data da Admissão: 30/09/12 Data da Alta: 02/10/12

Diagnósticos Definidos: Fratura exposta da
mal de mão E

Conduta / Procedimentos Realizados: TTO cirúrgico

+ fixação com fio de



Prescrição para o Domicílio: AINE

+ Saksia continua com aquecimento

Informações Complementares: —

Programação após Alta: Ambulatório de Egresso: SIM ☒

Data da Consulta: / /

NÃO ☐

Manoel Antonio N. Costa
Traumatologia
CRM 12.279

Assinatura do Médico e Carimbo

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco – SES / PE
 Fundação Professor Martiniano Fernandes – IMIP Hospitalar
 Hospital Metropolitano Sul – Dom Helder Câmara
 Rodovia BR 101 Sul – KM 95, CEP: 54.510-000
 Cabo de Santo Agostinho – PE

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 2012569402**Cidade:** Jaboatão dos Guararapes**Natureza:** Invalidez**Vítima:** Ivson Felix de Siqueira**Data do acidente:** 30/09/2012**Emissor do parecer:** Camila Monteiro dos Santos**Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A**Prestadora:** CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços**CRM do médico:** 52258890

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA- FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA**Descrição do exame médico pericial:** MSE- LIMITAÇÃO ACENTUADA DA PREENSÃO E EDEMA DA MÃO. LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO**Resultados terapêuticos:** FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA- FIXAÇÃO COM FIOS DE K/ FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA TRATAMENTO CONSERVADOR**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.**Sequelas :****Data da perícia:** 20/12/2012**Conduta mantida:** Não**Observações:****Valor pleiteado:** 9.450,00**Médico avaliador:** DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO**UF do CRM do médico:** RJ

DANOS

Dano

Perda funcional completa de um dos membros superiores

%	Dimensão	Graduação
70	1	50

Valor avaliado: 4.725,00

2012569402



RECEITUÁRIO

Ficha esclarecimento

Admimp = 30/09/2012

Per = 02/10/2012

Jerson Kelly de Sousa, 38 anos

Dedarei por as causas lig
que o mesmo vítima acidente
no dia 30/09/2012 subindo
escadas com uma criança
e depois clausura (E)
por conservação

16/10/12

Alexandre Reis
Médico
CRM 12484

Cód 102 / S62.4
S62.6
S42.0





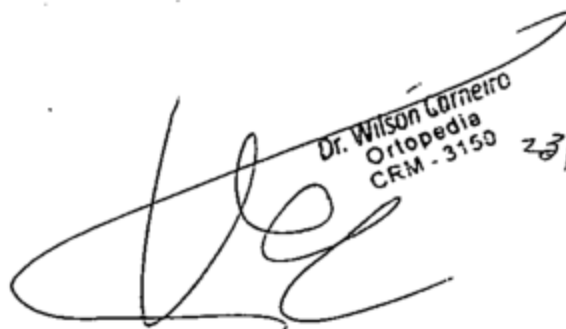
UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
Barra de Jangada

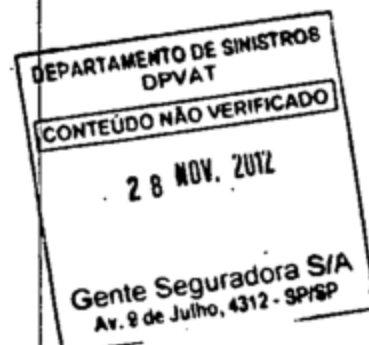


RECEITUÁRIO

Willy F. Figueira.

Paciente em tratamento
de clivícula esquerda, após
acidente em 30.09.12.


Dr. Wilson Carneiro
Ortopedia
CRM - 3159 23/10/12



O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012/569402**
Vítima: **IVSON FELIX DE SIQUEIRA**
Local: **PE-JABOATAO DOS GUARARAPES**
Data do Acidente: **30/09/2012**

Avaliação do Medico Perito Legista

I. Há lesão cuja etiologia (origem causa) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região (regiões) corporal (is) encontra (m) – se acometida (s);

MSE

b) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

FRATURA EXPOSTA DOS OSSOS DA MÃO ESQUERDA- FIXAÇÃO COM FIOS DE K/ FRATURA DA CLAVÍCULA ESQUERDA- TRATAMENTO CONSERVADOR

III. Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

Se SIM descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s):

IV. Segundo o exame medico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com:

- a) ☐ Disfunções apenas temporárias
b) ☒ Dano anatômico e/ou funcional definitivo (seqüelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

MSE- LIMITAÇÃO ACENTUADA DA PREENSÃO E EDEMA DA MÃO. LIMITAÇÃO DA ABDUÇÃO DO OMBRO.

V. Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

Em caso de enquadramento na opção “a” do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados.

VI. Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão (ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento corporal acometido:

- a) ☐ Total (Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).
b) ☒ Parcial (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:
b.1) ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima)
b.2) ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte a um (ou mais de um) segmento corporal da vítima)

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido

Segmento Anatômico

1ª Lesão

MSE

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

Observação: Havendo mais de quatro seqüelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado representados:

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 20/12/2012

Médico Perito:

Médico Revisor: DORES MARIA BERNARDES CARNEIRO MENDES CRM: 52258890

Dra. Dores M. B. C. Mendes
Médica Perita
CRM-RJ 52 25889-0
Cadastro Nacional

Dores Mendes

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARLOS BURIL

EC-6



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.100.541

DATA DE EMISSÃO 20/10/2012

<< IVSON FELIX DE SIQUEIRA >>

<< ANTONIO DE SIQUEIRA >>

<< JOSEFA MANOEL FELIX >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO 07/03/1974

<< CN 83423 L 87 F 143V CART. PRAZERES JABOATÃO-PE 19.01.1999 >>

032.782.374-71

ASSINATURA DO DETENTOR

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



IFICADO

22 JUL 2012

Gente Seguradora S/A
Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF



Nº do CPF: 032.782.374-71

Nome da Pessoa Física: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **12:22:05**: do dia **08/10/2012** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **AEEA.2C80.404C.3145**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO CARLOS BURIL

EC-6



CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO

4.100.541

20/10/2012

<< IVSON FELIX DE SIQUEIRA >>

<< ANTONIO DE SIQUEIRA >>

<< JOSEFA MANOEL FELIX >>

NATURALIDADE

RECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

07/03/1974

<< CN 83423 L 87 F 143V CART >>

PRAZERES JABOATÃO - PE 19.01.1989 >>

032.782.374-71

ASSINATURA DO DETENTOR

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



IFICADO

22 JUL 2012

Gente Seguradora S/A
Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF



Nº do CPF: 032.782.374-71

Nome da Pessoa Física: IVSON FELIX DE SIQUEIRA

Situação Cadastral: REGULAR

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: **12:22:05**: do dia **08/10/2012** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **AEEA.2C80.404C.3145**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da
Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 1.042, de 10/06/2010.

OUTROS



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



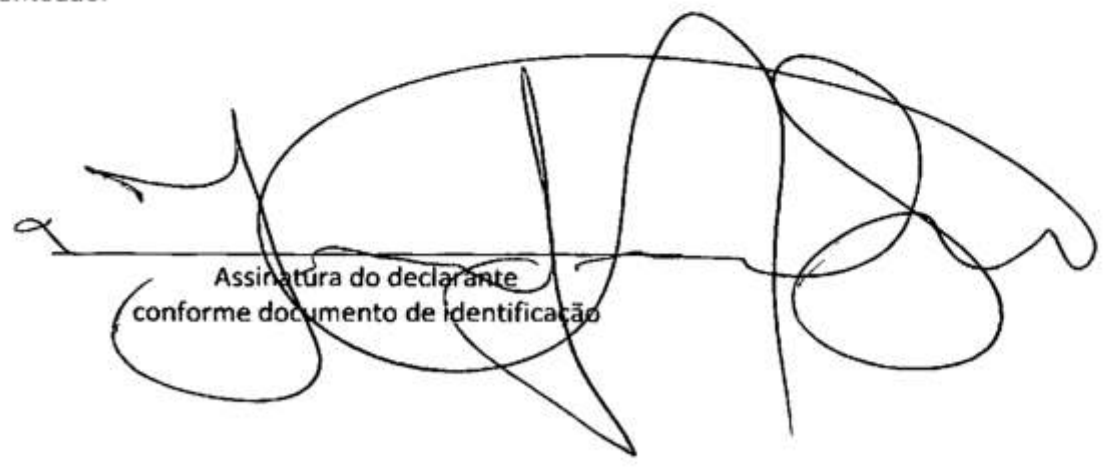
Eu, IVSON FELIX DE SIQUEIRA, portador da
carteira de identidade nº 032.782.374-71, residente e domiciliado na Rua 6
CPF/MF sob o nº 173,
Cidade Abatão do Guaraúpe, Estado PE, declaro, sob as
penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML
para os fins de 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 Líder 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 nº 6.194/74.

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

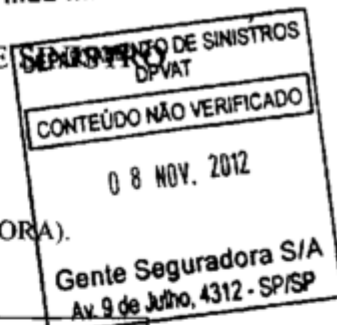
Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Local e data



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT -



Nº DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA).

Este formulário deve ser

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do (a) beneficiário (a) da indenização do seguro DPVAT nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização do banco.

EU, Artson Felix de Siqueira
PORTADOR (A) DO RG Nº _____ EXPEDIDO POR _____ EM _____
CPF/CNPJ Nº 032.782.374-71 PROFISSÃO Vigilante
E RENDA MENSAL R\$ _____ NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO OU REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA
VÍTIMA o mesmo
AUTORIZO QUE SEJA EFETUADO O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO
INDICADA.

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento, verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

- () CREDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS).
Nº BANCO _____ Nº. AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ Nº CONTA CORRENTE _____
- () CREDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ Nº CONTA POUPANÇA _____
- () CREDITO EM CONTA POUPANÇA BANCO DO BRASIL
Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ Nº CONTA POUPANÇA _____
- () CREDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____ Nº CONTA POUPANÇA _____
- ☒ CREDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONOMICA FEDERAL
Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) _____
1546 - Nº CONTA POUPANÇA 95686-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO PAGAMENTO/CRÉDITO DO VALOR DA INDENIZAÇÃO DO
SINISTRO, ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O
RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL _____ DATA _____ / _____

ASSINATURA DO/A BENEFICIÁRIO/A _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 NOV. 2012

Gente Seguradora S/A
Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP

1580 013 95686-3

Exposto reservado para arquivamento do número da conta

Atendimento Técnico de Sinistros

Mais informações consulte o site: caixa.gov.br

0800 726 0101 0800 726 2492 0800-725 7474

Rede Nacional de Atendimento
com atendimento online

03 11 3123 11 00

17.103-001



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 019A. CIRCUNSCRICAO - PRAZERES

BOLETIM DE Ocorrência N°. 12E0109008731

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 09/10/2012 às 17:42

ATROPELAMENTO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 30/9/2012 às 06:28

Fato ocorrido na endereço: BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 01, RUA RECIFE - Bairro: PRAZERES
Município: JABOATÃO DOS GUARARAPES - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL
Local do Fato: VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
IVSON FELIX DE SIQUEIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO



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

(VITIMA) - IVSON FELIX DE SIQUEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino

Mãe: JOSEFA MANOEL FELIX; Pai: ANTONIO DE SIQUEIRA Data de Nascimento: 7/3/1974; Nacionalidade: JABOATÃO DOS GUARARAPES / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 4100641/SDS/PE (RG), 03278237471 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A); Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO;

Profissão: VIGILANTE; Telefone de Contato: NAO INFORMADO; Telefone Celular: 8180988768

Endereço Residencial: BAIRRO DE PRAZERES (BAIRRO), 173, RUA SEIS, N° 173, VILA SOCIAL, 50800-000, PRAZERES, JABOATÃO DOS GUARARAPES, PERNAMBUCO, BRASIL

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comercial: NAO INFORMADO

(AUTOR \ AGENTE) - DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido

Mãe: NAO INFORMADO; Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO; Nacionalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Estado Civil: NAO INFORMADO; Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: NAO

INFORMADO; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: NAO INFORMADO

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comercial: NAO INFORMADO

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): DESCONHECIDO, que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO - Objeto apreendido: NAO - Número da Série: NAO INFORMADO

Cor: **NÃO INFORMADO** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** - Valor Unitário: **(MOEDA NÃO INFORMADA)**

Placa: **NÃO INFORMADO (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)**

Complemento / Observação

Relata a vítima que estava atravessando a Rua Recife onde dirigia-se a uma partida de futebol após ter largado trabalho, quando foi surpreendido por uma Motoциcleta de Modelo, Cor e Placa não Anotada, conduzida por um desconhecido, onde atropelou o mesmo, Acidentando-se. Cita que o desconhecido após ter lhe atropelado, esvadiu-se do local sem prestar o devido socorro. Declara que foi socorrido por populares, na qual foi levado ao Hospital Dom Helder Camara, no Município do Cabo de Santo Agostinho. Nada mais foi dito e nem indagado

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

X
IVSON FELIX DE SIQUEIRA
(VITIMA)

B.O. registrado pelo policial: **JOSE VICENTE CARLOS NETTO** - Matrícula: **319990-8**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
22 OUT. 2012
Gente Seguradora S/A Av. 9 de Julho, 4312 - SP/SP