
Rio de Janeiro, 28 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401816

Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 10/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDIVALDO 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



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, 15 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190401816 Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 10/04/2017 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 01 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401816

Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 10/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE EDIVALDO DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **JOSE EDIVALDO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **237**

Agência: **000000290-9**

Conta: **000002922592-3**

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



Rio de Janeiro, 04 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190401816

Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA

Data do Acidente: 10/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE EDIVALDO DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/09/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** 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 no banco.

EU, JOSE EDIVALDO DA SILVA
PORTADOR(A) DO RG Nº 2763929 EXPEDIDO POR SSP PE EM 28/11/98
CPF 896293309-06 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO Vendedor
E RENDA MENSAL DE R\$ 3.787,54 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SisdPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 02909 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 2922592-3

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

Realiz 04 de Julho de 2017

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

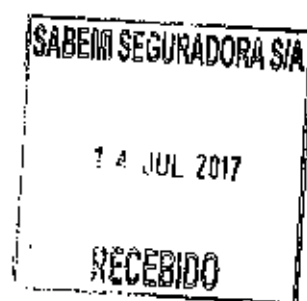
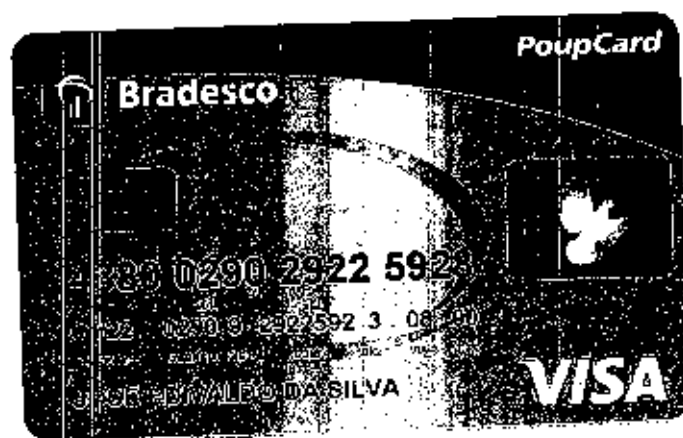


ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente). Indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para 0800-0221204.

14 JUL 2017

RECEBIDO



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, José Edivaldo da Silva, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº 399.271.304-06 residente e domiciliado na Ita Nacional Cidade Salvador 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:

(X) 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.

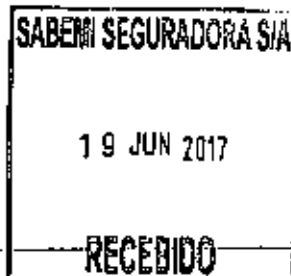
Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

José Edivaldo da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação.

Recife 16.06.2017.

Local e data



PREFEITURA DE CAMARAGIBE
SAMU 192 – Base Camaragibe
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA-SAMU 192



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o paciente José Edivaldo da Silva, RG. 2763929 SSP-PE, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU 192 – Base Camaragibe, no dia 10 de abril 2017, vítima de queda de moto, na Rua Barão Paranaíba S/N, no Município Camaragibe - PE, removido para Hospital de Fraturas do HAPI Vida, e gerada a ocorrência de N°. S. 318623.

Camaragibe, 11 de abril de 2017.


Glenda Sheila
Enfermeira
COREN 399100

Glenda Sheila de Melo Falcao

Coordenadora do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192
Base Descentralizada Camaragibe

Recebido 01 cópia de igual teor, data: 11 de abril de 2017.

Assinatura: Daniel José da Silva



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: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE EDIVALDO DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00290-9

CONTA: 000002922592-3

Nr. Autenticação

BRADESCO2907201905000000000023700290000002922592236250 PAGO



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: RUA ONZE DE AGOSTO - NUM. - 00564 - ZOTO RECIFE
PE 50791-480

Compromisso de manutenção



DADOS DO CLIENTE		MATRICULA: 56471901		Fev/2017	
JOSE EDIVALDO DA SILVA		CURADO IV JARDIM DOS GUARARAPES			
ITV NACIONAL N 09173		PE 54270-171			
INSCRIÇÃO AGUA		SITUAÇÃO ESGOTO		GRUPO: 14 DEB AUTOMATICO - 056471901	
LIGADO		POTENCIAL		QUANTIDADE DE ECONOMIAS	
HIDRÔMETRO		DATA LEIT. ANTERIOR		DATA LEIT. ATUAL	
A165406742		09/03/2017		10/03/2017	
				TIPO DE CONSUMO (A/E)	
				ESTIMADO	

AGUA:
LEIT ANT: 1870 CONSUMO: 20
LEIT ATU: 19
LEIT FAT: 19 MD SUB INFOR

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

01/2017 23
12/2016 25
11/2016 19
10/2016 18
09/2016 22
08/2016 17

PARAMETROS	NUMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANALISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	101	99	99
COR APARENTE	101	99	99
COLOR RESIDUAL	101	99	99
COLIF. TOTAIS	101	99	99
E. COLI	101	99	99

MEDIA: 21

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

CBR.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSENCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARAMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARAMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 37,25 POR UNIDADE	10 M3	37,25
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,27 POR M3	10 M3	42,70

DISTRIBUIÇÃO DE CARGAS DE CÁLCULO DE PERCENTUAL DE VALOR DO M3			
M3	79,95	1,63	1,32
CONSUMO	79,95	1,63	1,32

VENCIMENTO: 20/03/2017

TOTAL A PAGAR: 79.95

MENSAGEM:
- IMÓVEL NÃO POSSUI DÉBITOS DE 2016, EXCETO
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

SABEMI SEGURADORA S/A

19 JUN 2017

RECEBIDO

ESTE RECIBO É UM TITULO AO PORTADOR PARA TORNA-SE
Bilhete em cores de vendas autorizadas pelo CAVIA.
Para receber o prêmio é de 90 dias, a partir da data de emissão.
Contra as demais condições de venda.

01-64
1.0014398-2
TO RECIFE

ATENDIMENTO: RUA UNIC - 100
PE 50791-480

DADOS DO CLIENTE
JOSE EDIVALDO DA SILVA MATRÍCULA: 56471901 Feb/2019
1TV NACIONAL, N. 00173 - - CURADO IV JABOATAO DOS GUARARAPES
PE 54270-171
INSCRIÇÃO: 342.428.040.0148.000 GRUPO:14 DEB. AUTOMATICO: 056471901

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A165406741	DATA LEIT. ANTERIOR 08/02/2019	DATA LEIT. ATUAL 10/03/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

ÁGUA:
LEIT ANT: 342 CONSUMO: 9
LEIT ATU: 351
LEIT FAT: 351

HISTORICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

01/2019 08
12/2018 08
11/2018 07
10/2018 09
09/2018 09
08/2018 12
MÉDIA: 09

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	131	110	110
COR APARENTE	131	110	101
CORO RESIDUAL	131	110	110
COLIF. TOTAIS	131	110	106
E. COLI	131	110	110

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) CONSUMO DE ÁGUA	9 M3	41,30

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS	41,30	1,65	0,68
COPINS	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/03/2019

TOTAL A PAGAR: 41,30

MENSAGEM:

IMÓVEL NÃO POSSUI DÉBITOS DE 2018, EXCETO
SE EXISTIR FATURA EM COBRANÇA JUDICIAL

EXCELSIOR SEGUROS
28 JUN. 2019
SEGURO DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, JOSE EDIVALDO DA SILVA
RG nº 2763929, data de expedição 25/07/1991
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 399.271.304-06, com
domicílio na cidade de JAROSÃO DOS GUARAPAROS, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
1ª Tv. Nacional, nº 143,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE EDIVALDO DA SILVA, cujo o condutor era
JOSE EDIVALDO DA SILVA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA / CG 350 FAN BDI
Ano: 2014/2014
Placa: OYM 4147
Chassi: 9C2K C368 0E2028943
Data do Acidente: 30/04/2014
Local e Data: JAROSÃO DOS GUARAPAROS 31 de Maio 2015

JOSE EDIVALDO DA SILVA
Assinatura do Declarante

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



Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, JOSE EDIVALDO DA SILVA
RG nº 2763929, data de expedição 25/07/1991
Órgão SSP/PE, portador do CPF nº 399.271.304-06, com
domicílio na cidade de JAROSÃO DOS GUARAPAROS, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
1ª Tv. Nacional, nº 143,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima JOSE EDIVALDO DA SILVA, cujo o condutor era
JOSE EDIVALDO DA SILVA.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA / CG 350 FAN BDI
Ano: 2014/2014
Placa: OYM 4147
Chassi: 9C2K C368 0E2028943
Data do Acidente: 30/04/2014
Local e Data: JAROSÃO DOS GUARAPAROS 31 de Maio 2015

JOSE EDIVALDO DA SILVA
Assinatura do Declarante

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



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA



OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGÊNCIA - HE Lcto: 300212/7 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA Atendimento: 12716689 Prontuário: 3120116 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): HELMUT SKAU CRM 19850 (1) N°: 04956750 11/04/2017 às 00:28

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA REMOVIDO PELO SAMU. NÃO CAIU APENAS SOFREU IMPACTO EM MID REGIÃO ANTERIOR DA TÍBIA. NEGA OUTRAS COMORBIDADES. NEGA ALERGIAS.

[1]

EXAME FÍSICO
EM USO DE IMOBILIZAÇÃO
FERIMENTO COM SINAIS DE FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA.

CID10

S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

[1]

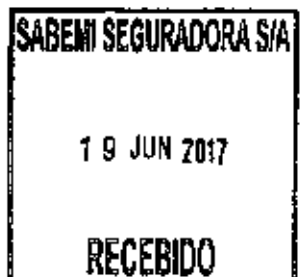
DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TÍBIA

[1]



FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/7 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA Atendimento: 12716589 Prontuário: 3120116 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): EULINO ALVES COUTINHO CRM 11699 [1] Nº: 04956819 11/04/2017 às 00:55

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 2 HORAS, SOCORRIDO PELO SAMU, CONSCIENTE, ORIENTADO, PULNEICO. AO EXAME - DEFORMIDADE DO TERÇO DISTAL DA PERNA DIR COM SOLUÇÃO DE CONTINUIDADE E SANGRAMENTO ATIVO

[1]

C= FAÇO CURATIVO COMPRESSIVO, TALA BORA, KEPLIN 2G EV E ANTITETANICA, SOLICITO MATERIAL FIXADOR EXTERNO E FAÇO CONTATO COM SOBREAVISO DA CIRURGIA

HD= FRATURA EXPOSTA DE TERÇO DISTAL DE PERNA DIR

CID10

S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA

[1]

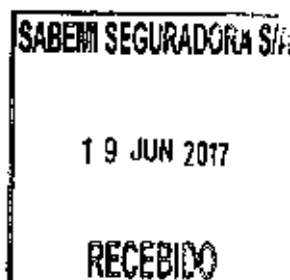
DIAGNÓSTICO

Hipótese Diagnóstica

CID10

S828 FRAT DE OUTR PARTES DA PERNA

[1]



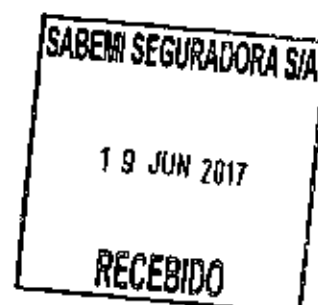
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212// 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA	Atendimento: 12718689	Prontuário: 3120116	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): ANITA DA SILVA LESSA SENA COREN: 21345 [1]	Nº: 04956968	11/04/2017	às 02:08

CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	SORO GLICOSADO 5% TUBO 500ML EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA SORO FISIOLÓGICO 0,9% TUBO 500ML EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA RINGER COM LACTATO TUBO 500ML EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA TETANOGAMMA AMP, 1UI IM JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA KEFLIN FRAP 1GR EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/7 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA	Atendimento: 12716689	Prontuário: 3120116	Convênio: HAPVIDA
Profissional(is): ANITA DA SILVA LESSA SENA COREN 21345 [1]	Nº: 04956980	11/04/2017	às 02:11

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE

KEFLIN FRAP 1GR EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

PROFENID IV FRAP 100MG EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

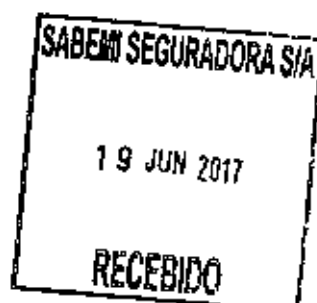
DIPIRONA AMPL 1000MG EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA GRANDE JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOADA MÉDIO JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: OK

PUNÇÃO C/JELCO JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: MEDICADA

TALA BOTA JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017 RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO: OK



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO EMERGENCIA - HE Leito: 300212/7 02/05/2017 17:02

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA Atendimento: 12716689 Prontuário: 3120116 Convênio: HAPVIDA

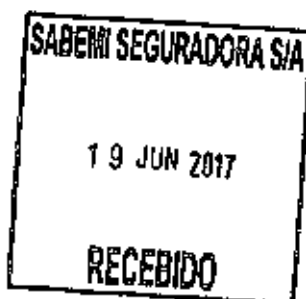
Profissional(is): ANITA DA SILVA LESSA SENA COREN 21345 [1] Nº: 04956991 11/04/2017 às 12:14

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE
SUPORTE

TRAMAL AMPL 100MG EV JUSTIFICADO AS 02:04, EM 11/04/2017
RESP. ANITA DA SILVA LESSA SENA, COREN/PE 21345. MOTIVO:
MEDICADA

[1]





ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

02/06/2017 16:17:05

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
3120116	JOSE EDIVALDO DA SILVA	M	19/12/1963	53
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2763929 SDS PE	39927130406		1-CASADO	
Endereço				
R RUA ALMIRANTE SALDANHA DA GAMA 148 BOA VIAGEM RECIFE-PE CEP:51130220				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
87749779		MARGARIDA MARIA DA SILVA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
300360-RECEPCAO EMERGENCIA - HE			
Data	Hora	Matrícula	Tipo Documento
11/04/2017	08:41		
Médico Atendente			Clinica
1425064 EULINO ALVES COUTINHO			4-CIRURGICA
Médico Acompanhante			Tipo Atendimento
1425064 EULINO ALVES COUTINHO			0 INTERNACAO
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
3002-HAPVIDA	BORBORRMA IMPERIAL TRANSPORTES LTDA
Carteira	Validade
29332000255007012	1-PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
10890459	99996666	C33911069	INTERNACAO
10890459	30727138	C33911069	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI
			DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
9883707	32040083	169846995	PERNA (MEMBROS INFERIORES)



FICHA DE ANESTESIA

Data

Hospital

Admissão

11/04/17

de Espinal

Paciente

João Eduardo de Silva

Idade

Sexo

Altura

Peso

Idade

Nome do Anestesiologista

M. Alexandre R.

Nome do Cirurgião

Dr. [illegible]

Indicação Pré-anestésica

10:30 2016

At 12:18 2017

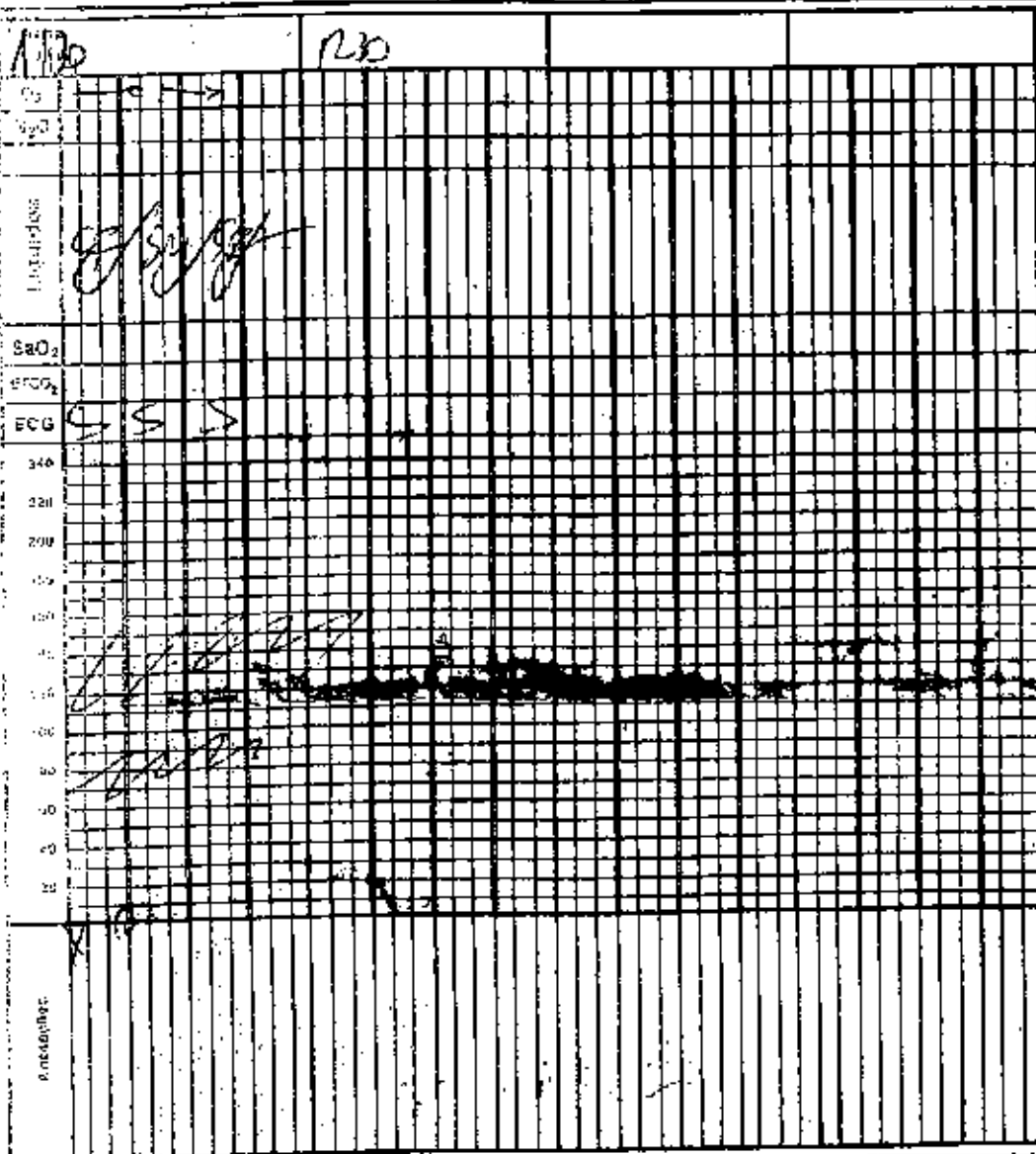
Urgência

☐ NÃO

☒ SIM

Tempo

Manter em peso no campo



Medicamentos Usados

Quant

Benpridone 100

Muscle 50

Dimorfo 50

Neostigmina 100

50

Clonidine 0.5

Nauredon 5

Neostigmina 0.5

Neostigmina 0.5

Neostigmina 0.5

Neostigmina 0.5

Técnicos Anestésicos

Região anestesiada com

glicina 100

glicina 100

glicina 100

glicina 100

glicina 100

glicina 100

glicina 100

glicina 100

Monitorização

☒ Capnoscopia

☒ Oxímetro

☒ PNI

☒ Sonda Vesical

☒ Capnógrafo

☒ Círculo Pré-Cardíaco

☒ Glicos

☐ ECG

☐ Temperatura

☐ Sonda-Ganz

☐ Analizador Gases

☐ PVC

☐ Estimador de Nervos

☐ Linha Arterial

☐ Volume IDP Plus

Encaminhado

☒ Acordado

☐ Sonolento

☐ Intubado

☐ Distúrbio

☒ SRA

☐ Apnéia/End.

☐ UTI

☐ Externo

Interconexão:

☐ NÃO

☐ SIM

Descrever:

Observações

Dr. Alexandre R.
Médico
CRM 1240

SABEMI SEGURADORA S/A

Assinatura do Anestesiologista

10 JUN 2017

RECEBIDO

QPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE Leito: 114-P2/1 11/04/2017 12:32

Paciente:	JOSE EDIVALDO DA SILVA	Atendimento:	12718291	Prontuário:	3120116	Convênio:	HAPVIDA
Profissional(is):	PAULO CEZAR VIDAL ALBUQUERQUE CRM 821111			Nº:	04959950	11/04/2017	às 12:26
DIAGNÓSTICO							
Diagnóstico Clínico	S82			[1]			
Diagnóstico Cirúrgico	S82			[1]			
DADOS DA CIRURGIA							
Data Da Cirurgia	11/04/2017			[1]			
Hora Da Cirurgia	10:00			[1]			
Cirurgia	REDUÇÃO CIRURGICA			[1]			
Cirurgião	PAUL VIDAL			[1]			
1º Auxiliar	MAURO PENA			[1]			
Anestesiista	ALEXANDRE REIS			[1]			
Descrição Cirúrgica	Fratura exposta ossos da perna DIREITA			[1]			
sob anestesia geral/traqui paciente em decúbito dorsal ampliação da incisão, lavagem foco com soro fisiológico 10 l redução sob tração ortopédica montagem fixador externo linear curativo oclusivo							

[Assinatura]
11/04/2017

SABEM SEGURADORA S/A
19 JUN 2017
RECEBIDO

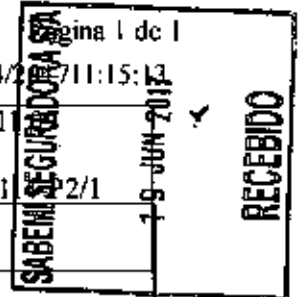
R

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Tábua + Fixador Entorno

Emissão: 11/04/2017 11:15:13

Nº Prescrição: 7574376 Atendimento: 12718291

Prontuário: 3120116
Convênio: HAPVIDAData: 11/04/2017 Hora: 11:15:13
Posto: POSTO 2 1 ANDAR - HE
Peso: 85.00 kg Leito: 12/1

1. DIETAGERAL-ADULTO / PARA A IDADE	24/24h	ORAL				
2. Hidratação Venosa fase Única	Vol. Total: 1000 ml	14.00 gts/min	Acesso Periférico			
RINGER COM LACTATO 35.71 ml/Kcal/dia	1000 ml					
3. CEFALOTINA (1.00g)	1 g	1 FRAP(C/1GR)	6/6h	EV	18	25
(D1/10) Soro Fisiológico 0.9%	100 ml					
4. TRAMADOL (50.00mg/ml)	50 mg	1 ML (AMPL C/50MG)	8h	EV	25	25
Soro Fisiológico 0.9%	50 ml					
5. NARCAN (0.40mg/ml)	0.4 mg	1 ML (AMPL C/4MG)	Agora	EV	SN	
6. OMBPRAZOL (40.00mg)	40 mg	1 FRAP(C/40MG)	24/24h	EV	25	
Água Destilada	18 ml					
7. PLAMET (5.00mg/ml)	10 mg	2 ML (AMPL C/10MG)	8h	EV	25	25
Água Destilada	18 ml					
8. DIPIRONA (500.00mg/ml)	1000 mg	2 ML (AMPL C/500MG)	6h	EV	18	25
Água Destilada	18 ml					
9. TETANOGAMMA (250.00UI/ml)	250 UI	1 ML (AMPL C/250UI)	Agora	IM	18	
10. SONDAGEM VESICAL DE ALIVIO						
11. CURATIVO MEDIO+SE+GAZE ACOCHOADA						
12. PUNÇÃO C/ JELCO						
13. SINAIS VITAIS	6/6h					
14. CUIDADOS GERAIS	6/6h					
15. CURATIVO COM ATADURA E GAZE ACOCHOA						

DILUIR 01 AMP +
SE 0.9 % 200 ML EV
45' SE RETENÇÃO
URINÁRIA OU
PRURIDO

PA 130x80

Dr. Alexandre Reis
Médico
CRM 12404

443715

EVOLUÇÃO MÉDICA

Unidade:

Idade:

Atendimento:

Nome:

Rui Eduardo

DIAGNÓSTICO

MEDICAMENTOS EM USO

HORA

DATA

EVOLUÇÃO

11/04/17

Paciente Realiza
fha em 13c

12/04/17

alta hospitalar

Rui Eduardo
Rui Eduardo
CRM 1222

Rui Eduardo
Rui Eduardo
CRM 1222

SABEMI SEGURADORA S/A

19 JUN 2017

RECEBIDO

Evolução Médica COD. 76546

RESUMO DE ALTA / TRANSFERÊNCIA

Página 1 de 1

OPS SERV MED E HOSPITALARES LTDA - HOSP ES Posto: POSTO 2 1ANDAR - HE

Leito: 114-P2/1

11/04/2017 11:08

Paciente: JOSE EDIVALDO DA SILVA

Atendimento: 12718291

Prontuário: 3120116

Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): ALEXANDRE HENRIQUE FERNANDES REIS, MEDICO, CRM 12404 [1]

Nº: 04959222

11/04/2017

às 11:01

DIAGNÓSTICOS

CID10

S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

Diagnóstico Principal

Diagnóstico Secundário

CID10

S823 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

Diagnóstico Secundário (II)

CID10

S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

[1]

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Cirurgia Realizada (I)

Cirurgia Realizada

FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNA D - TRATAMENTO CIRURGICO
COM FIXADOR EXTERNO

[1]

1-CURATIVO APÓS 5 DIAS

2-AO AMBULATORIO COM 15 DIAS (DR PAULO CEZAR)

3-RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS

4-ATB (CEFALEXINA 500 MG - 01 COMP VO DE 8/8 POR 15 DIAS)

Dr. Alexandre Reis
Médico
CRM 12404





0017

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DA SAUDE
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
AUT. LICENCA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JOSE EULVALDO DA SILVA

DOL. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR / UF
2763929 SEP PE

CPF
399.271.304-06

DATA NASCIMENTO
19/12/1963

FILIAÇÃO
NÃO DECLARADO

MARGARITA MARIA DA SILVA

PERMISSÃO
P2

ACC
P2

CAC HAS
P2

Nº REGISTRO
0102397201

MUNICÍPIO
CG/00/0000

1ª EMISSÃO
28/11/1996

Observações
A
Exerce Ativ Remunerada

João Eulvaldo da Silva
ASSINATURA DO DETENTOR

LOCAL
RECIFE - PE

DATA EMISSÃO
06/06/2015

77653868134
FONE 7942409

04 TRON - RI - PERNAMBUCO

PROLATO PLANTILHAS
1104553670

SABEMI SEGURADORA S/A

19 JUN 2017

RECEBIDO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190401816

Cidade: Camaragibe

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA

Data do acidente: 10/04/2017

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de tíbia distal direita exposta.

Descrição do exame físico: Vítima com encurtamento do membro inferior direito, deformidade em região distal, realiza flexão plantar a 30 graus, dorsal a 10 graus, déficit de força leve do membro, claudicação da marcha (++-++++).

Resultados terapêuticos: Tratado cirurgicamente com osteossíntese, evoluindo osteomielite, tratado com novo procedimento. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 3 meses.

Sequelas permanentes: Déficit funcional leve do MID.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/07/2019

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, há um quadro sequelar caracterizado por restrição dos movimentos habituais do MID, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190401816

Nome do(a) Examinado(a): JOSE EDIVALDO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): 1 TV NACIONAL, 173 - Jaboatão dos
Guararapes/PE - CEP 54270-171

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 2763929 - ssp pe - 06/08/2015

Data e Local do Acidente : 10/04/2017 - Camaragibe/PE

Data e Local do Exame : 23/07/2019 AVENIDA GOVERNADOR AGAMENON
MAGALHÃES, 2615 - SALA 507 - RECIFE/PE - CEP 52021-170

Resultado da Avaliação Médica

**I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no
acidente relatado e comprovado.**

fratura de tibia distal direita exposta.

**II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da
alta.**

Tratado cirurgicamente com osteossíntese, evoluindo osteomielite, tratado com
novo procedimento.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 3 meses

**III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao
diagnóstico relatado.**

vítima com encurtamento do membro inferior direito com encurtamento,
deformidade em região distal, realiza flexão plantar a 30 graus, dorsal a 10
graus, déficit de força leve do membro, claudicação da marcha (++-++++).

**IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente
trânsito e comprovadas na documentação apresentada?** [X] Sim [] Não

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

**VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais
permanentes) resultantes do acidente:**

limitação de grau leve do membro inferior direito, com deformidade local,
encurtamento do membro, déficit de força.

VII. Segundo 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 (*).

Vide motivo do impedimento 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)

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

Região Corporal

membro inferior direito

% do Dano () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal

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

Região Corporal

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

Região Corporal

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

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.



LEONARDO DE FARIA NEVES CRM : 17742 / UF :PE



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 30676 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023A. CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO
Ofício nº. 114 / 2019 Data 19 / 7 / 2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 023A. CIRCUNSCRIÇÃO - CAVALEIRO

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:50 do dia 19 de Julho de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de **JOSÉ EDIVALDO DA SILVA** filho (a) de **PAI NÃO DECLARADO** e de **MARGARIDA MARIA DA SILVA**, de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Casado (a)**, aparentando a idade de **55 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 2763929**, profissão **DO LAR**, endereço **1a TRAVESSA NACIONAL, nº 173, complemento: NÃO INFORMADO, bairro CURADO IV, telefone/s, (81)98774-8779, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**. verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Acidente de moto, atendido no Hospital de Fraturas do Espinheiro, no dia 10.04.2017, por volta das 20:10 horas, cujo diagnóstico por fratura exposta de tibia direita. Realizou (03) cirurgias com Ilizerof. Referê dos aos esforços.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

DESCRIÇÃO: Cicatriz deprimida de coloração clara no centro e escura perifericamente, na região do terço distal da perna direita (fratura exposta). Cicatriz cirúrgica de (12) centímetros longitudinal, pré-tibial proximal. Cicatriz cirúrgica, medindo (05) centímetros na região lateral do tornozelo direito.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

CONCLUSÃO: Lesão corporal produzida por instrumento contundente.

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de (30) trinta dias (fratura de tibia direita distal).

4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Sim. Encurtamento do MID de 3,0 cm, e deformidade em varo do TNZ direito (laudo anexo).

EXCELSIOR SEGUROS
29 AGO. 2019
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr^(a). ANÍSIO COELHO DE MEDEIROS CORREIA - CRM 4973.

Perito responsável

1. NAME OF THE PARTY OR GROUP
 2. DATE OF THE MEETING
 3. TOPIC OF THE MEETING
 4. NAME OF THE MEETING
 5. NAME OF THE MEETING
 6. NAME OF THE MEETING
 7. NAME OF THE MEETING
 8. NAME OF THE MEETING
 9. NAME OF THE MEETING
 10. NAME OF THE MEETING
 11. NAME OF THE MEETING
 12. NAME OF THE MEETING
 13. NAME OF THE MEETING
 14. NAME OF THE MEETING
 15. NAME OF THE MEETING
 16. NAME OF THE MEETING
 17. NAME OF THE MEETING
 18. NAME OF THE MEETING
 19. NAME OF THE MEETING
 20. NAME OF THE MEETING
 21. NAME OF THE MEETING
 22. NAME OF THE MEETING
 23. NAME OF THE MEETING
 24. NAME OF THE MEETING
 25. NAME OF THE MEETING
 26. NAME OF THE MEETING
 27. NAME OF THE MEETING
 28. NAME OF THE MEETING
 29. NAME OF THE MEETING
 30. NAME OF THE MEETING
 31. NAME OF THE MEETING
 32. NAME OF THE MEETING
 33. NAME OF THE MEETING
 34. NAME OF THE MEETING
 35. NAME OF THE MEETING
 36. NAME OF THE MEETING
 37. NAME OF THE MEETING
 38. NAME OF THE MEETING
 39. NAME OF THE MEETING
 40. NAME OF THE MEETING
 41. NAME OF THE MEETING
 42. NAME OF THE MEETING
 43. NAME OF THE MEETING
 44. NAME OF THE MEETING
 45. NAME OF THE MEETING
 46. NAME OF THE MEETING
 47. NAME OF THE MEETING
 48. NAME OF THE MEETING
 49. NAME OF THE MEETING
 50. NAME OF THE MEETING
 51. NAME OF THE MEETING
 52. NAME OF THE MEETING
 53. NAME OF THE MEETING
 54. NAME OF THE MEETING
 55. NAME OF THE MEETING
 56. NAME OF THE MEETING
 57. NAME OF THE MEETING
 58. NAME OF THE MEETING
 59. NAME OF THE MEETING
 60. NAME OF THE MEETING
 61. NAME OF THE MEETING
 62. NAME OF THE MEETING
 63. NAME OF THE MEETING
 64. NAME OF THE MEETING
 65. NAME OF THE MEETING
 66. NAME OF THE MEETING
 67. NAME OF THE MEETING
 68. NAME OF THE MEETING
 69. NAME OF THE MEETING
 70. NAME OF THE MEETING
 71. NAME OF THE MEETING
 72. NAME OF THE MEETING
 73. NAME OF THE MEETING
 74. NAME OF THE MEETING
 75. NAME OF THE MEETING
 76. NAME OF THE MEETING
 77. NAME OF THE MEETING
 78. NAME OF THE MEETING
 79. NAME OF THE MEETING
 80. NAME OF THE MEETING
 81. NAME OF THE MEETING
 82. NAME OF THE MEETING
 83. NAME OF THE MEETING
 84. NAME OF THE MEETING
 85. NAME OF THE MEETING
 86. NAME OF THE MEETING
 87. NAME OF THE MEETING
 88. NAME OF THE MEETING
 89. NAME OF THE MEETING
 90. NAME OF THE MEETING
 91. NAME OF THE MEETING
 92. NAME OF THE MEETING
 93. NAME OF THE MEETING
 94. NAME OF THE MEETING
 95. NAME OF THE MEETING
 96. NAME OF THE MEETING
 97. NAME OF THE MEETING
 98. NAME OF THE MEETING
 99. NAME OF THE MEETING
 100. NAME OF THE MEETING

7-156 EDL 10/10/09

5101A

15103 149

Fundación "El Financiero"

Fábio Farias Alvira
Assistente em Gestão Pública
Matrícula nº 265 376-7

RECEIVED
JAN 10 1964
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C.

EXCELSIOR SEGUROS
29 AGO. 2019
SEGURO DPVAT



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO



DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSÉ EDIVALDO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE _____ CPF DA VÍTIMA 398.271.304 - 06
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JOSÉ EDIVALDO DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESSO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR _____
 Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
 CIDADE _____ UF _____ CEP _____
 E-MAIL ISMAEL.PP.SILVA@Hotmail.com TELEFONE (81) 3254 9786

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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 AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA 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 DESEQUILÍBRIO 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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL) COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR DE 18 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE - R\$ 13.500,00
 • INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS

O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
 CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
 PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 31/05/2014IDENTIDADE 2463929ASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 31/05/2014NOME [Assinatura]ASSINATURA [Assinatura]

RECEBIDO

19 JUN 2017

SEGURADORA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0218020/19

Vítima: JOSE EDIVALDO DA SILVA

CPF: 399.271.304-06

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 10/04/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE EDIVALDO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

JOSE EDIVALDO DA SILVA : 399.271.304-06

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/06/2019
Nome: JOSE EDIVALDO DA SILVA
CPF: 399.271.304-06

JOSE EDIVALDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/06/2019
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

RAIANNE SILVA BARBOSA