

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Nº Sinistro: 3180088165

Vitima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180088165**.

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

Carta nº 12432259



Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Nº Sinistro: 3180088165

Vitima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180088165**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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, 13 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Sinistro: 3180088165

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Data do Acidente: 19/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

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 3180088165** 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, 18 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO**

Nº Sinistro: **3180088165**

Vitima: **VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO**

Data do Acidente: **19/11/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180088165**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **19/11/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Autorização de pagamento



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

007.265.564-65

Nome completo da vítima

VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA LIMA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

Endereço

Bairro

E-mail

Cidade

CPF titular da conta

Número

Estado

Profissão

Complemento

CEP

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☒ SEM RENDA

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

AGÊNCIA

NRO. 0044

DIV

013

CONTA

NRO. 00041171

DIV

4

BANCO

Nome

AGÊNCIA

NRO.

DIV

CONTA

NRO.

DIV

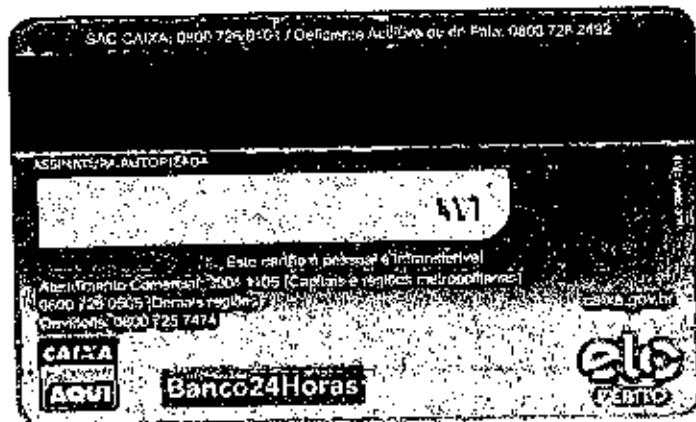
Nome

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

ABREUE LIMA 06 de FEVEREIRO de 2018
Local e Data

VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA LIMA
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 3180088165 CPF da Vítima: 097.265.564-65 Nome completo da vítima: VALDISONCAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>VALDISONCAVALCANTI DE FRANÇA FILHO</u>		CPF titular da conta <u>097.265.564-65</u>	Profissão <u>AUTÔNOMO</u>
Endereço <u>RUA ALBERTO VIEIRA DE MELO</u>		Número <u>33-A</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CRUZ DE RUBIÇAS</u>	Cidade <u>IGARASSU</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>53.625-030</u>
Email		Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 0944 D/V 013 CONTA NRO. 00041171 D/V 4
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todas os bancos)

BANCO Nome _____ NRO _____
 AGENCIA NRO. _____ D/V _____ CONTA NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

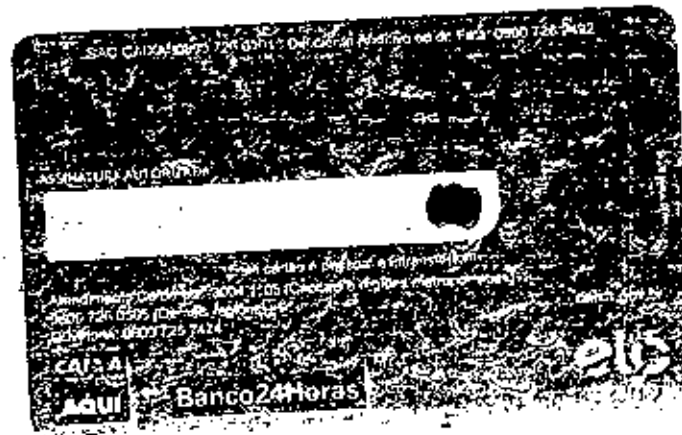
ABREU LIMA, 07 de MARÇO de 2018

Local e Data

VALDISONCAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SERIAL 0000 IN LINEA DEPART FA 20-10-2013 07:00 553012 1/1



Boletim de ocorrência



9

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 026ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO DOCE - DP26ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0116000381

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **02/02/2018** às **14:01**

Complementa o BO Número: **18E0116000329**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **19/11/2017** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA TABAJARA, 1, VIA PÚBLICA** - Bairro: **CIDADE TABAJARA - OLINDA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **PRÓXIMO À JUSTIÇA DO TRABALHO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE (AUTOR \ AGENTE)
✓ VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

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

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **DILZA MARIA ANTÔNIO DE FRANÇA** Pai: **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA** Data de Nascimento: **16/12/1991** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8347964/SDS/PE (RG), 09726556485 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Fixos:

- **35457016**

Telefones Celulares:

- **983634155**

Endereço Residencial: **RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO, 33, CASA "A" - CEP: 0** - Bairro: **CRUZ DE REBOUCAS - IGARASSU/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO À ASSEMBLEIA DE DEUS DO SÍTIO LIRA**

SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **RUA JORNALISTA GOMES MARANHÃO, 17 - CEP: 55000-000** - Bairro: **BARRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

SEBASTIÃO LIMA DA SILVA PA 16-FEB-2018 16:21 443065 1/1

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

VEÍCULO II (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SHIRLEIDE GOMES CAVALCANTE**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDX0671** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9PGKL48UDH136666**

Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

PELO PRESENTE, RELATOU A VÍTIMA QUE TRAFEGAVA PELA VIA SUPRACITADA, EM UMA MOTOCICLETA DE MARCA HONDA, TITÃ 150, COR PRETA, PLACA KKD1345, QUANDO UM AUTO PASSEIO ATRAVESSOU BRUSCAMENTE EM SUA FRENTE E QUE PERDEU CONTROLE VINDO A COLOIDIR NA TRASEIRA DO MESMO E QUE DA BATIDA CAIU O PARA CHOQUES DO REFERIDO, JUNTAMENTE COM A PLACA PDX 0671, QUE TRATA-SE DE UM ONIX DE COR BRANCA, QUE EVADIU-SE DO LOCAL EM ALTA VELOCIDADE, SENDO A VÍTIMA SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE FOI CONSTATADO FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DIREITA, DILACERAÇÃO NA PERNA DIREITA E VÁRIAS ESCORIAÇÕES, CONFORME FICHA DE ESCLARECIMENTO MÉDICO DAQUELA UNIDADE DE SAÚDE. POSTERIORMENTE IDENTIFICADA A ACUSADA SHIRLEIDE E JA QUALIFICADA, DIANTE DO FATO PEDE PROVIDÊNCIAS POLICIAIS.

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

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO
(VITIMA)

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

B.O. registrado por: **MARCO POLO VITAL DO REGO MATOS** - Matrícula: **118668-0**

[Assinatura]

Cartório Alfredo Mariano | TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO
RUA ALFREDO MARIANO DO PRATO, 100 - Fátima - Recife/PE - CEP: 51.020-200 - Fone: (81) 3542-1341/2541-0572 - cartorioalfredomariano@gmail.com

Reconheço por SEMELHANÇA a firma de **VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO**, Abreu e Lima/PE, 02/02/2018, 15:16:08, em testemunho da verdade. Emolumentos: R\$ 3,99 + ITR: R\$ 0,80 Total: 4,79.

RD-10-53920

Alfredo Mariano

André Francisco da Gema Guerra Durado - Substituto

Selo digital: 0150607.DLP01201803.01162

conquiste sua autenticidade em www.abreu-e-lima.com.br/validacao



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

VALDIRSON CAVALCANTE DE FRANCA SILVA 007265564-65 10-11-2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 51º 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ABREVE LIMA, 06 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

VALDIRSON CAVALCANTE DE FRANCA SILVA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒

INVALIDEZ PERMANENTE

☐

MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0944

CONTA:

00041171

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de ressarcimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

 Assinatura
de quem
for a
vítima ou
beneficiário
não assinado

Local e Data:

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

 RECEBIMENTO DE SINISTROS
INVALIDEZ PERMANENTE
CONTINÚO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019

 Seguradora SIA
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Bairro do IPE CEP: 52011-010



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Comprovação de ato declarat



Certidão nº 2017APH002054 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, 25 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 0347964 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 097.265.564-65, residente à RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO, nº 33, A, CRUZ DE REBOUÇAS, IGARASSU-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/11/2017, por volta das 13:32 hs, no endereço: PE 15, S/N, CIDADE TABAJARA OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo , no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, inscrito sob o CPF nº 097.265.564-65 e Registro Geral nº 0347964, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB ALUIZIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº . Ficou aos cuidados do médico MATHEUS, registro 25497. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 04/01/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH002054

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

SEMPRE EM LÍNEA 04/01/2018 16:53:20 16:53 443056 1/1



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

CERTIDÃO

Certidão nº 2017APH002054 Div. Op.

Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr^(a). VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, 25 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 0347964 SDSPE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 097.265.564-65, residente à RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO, nº 33, A, CRUZ DE REBOUÇAS, IGARASSU-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 19/11/2017, por volta das 13:32 hs, no endereço: PE 15, S/N, CIDADE TABAJARA OLINDA-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo , no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr^(a) VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO, inscrito sob o CPF nº 097.265.564-65 e Registro Geral nº 0347964, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB ALUIZIO. Foi transportado(a) para o HOSPITAL GETÚLIO VARGAS. Registrado(a) com o prontuário nº . Ficou aos cuidados do médico MATHEUS, registro 25497. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

Posição em 04/01/2018

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site <http://www.cbm.pe.gov.br/>, consultar protocolo nº 2017APH002054



Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180

Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.838.832/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
DILZA MARIA ANTONIA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALFREDO VIEIRA DE MELO 33 - A

CPF: 290.878.904-72

CRUZ DO REBOUCAS/CRUZ DE REBOUCAS
IGARASSU PE
53625-030

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2320861015	03/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PARA PAGO DA LETURA
01/04/2019	24/04/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
	78,49

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
025760558	UNICA	25/03/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
25/03/2019	200008458	1258106

Consumo Ativo (kWh)
Contrib. Rum. Pública Municipal
ICMS Subvenção-CDE-NF 048061073-24/01/19
Multa por atraso-NF 048061073-24/01/19
Juros por atraso-NF 048061073-24/01/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
92,0000000	0,75350324	69,23
		7,13
		0,42
		1,15
		0,49

TOTAL DA FATURA

78,49

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
MA34912	CAT	24/03/2019	23	501,8	24/03/2019	23	553,9	32	1,0000		42,00

MÊS/ANO	CONSUMO (KWH)	VALOR (R\$)
MAR 19	92	69,23
FEV 19	80	60,28
JAN 19	80	60,28
DEZ 18	94	69,23
NOV 18	35	26,37
OCT 18	96	72,33
SET 18	63	47,56
AGO 18	84	63,50
JUL 18	72	54,26
JUN 18	96	72,33
MAY 18	83	62,30
ABR 18	107	80,37
MAR 18	99	74,27

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	VALOR (R\$)	%
Geração de Energia	21,46	27,21%
Transmissão	3,19	4,08%
Distribuição (Celpe)	14,06	17,91%
Perda de Energia	4,88	6,22%
Energia Extorale	3,63	4,62%
Tributos	20,22	25,76%
Total	67,50	86,02%

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	69,23	17,30
PIS	69,23	1,03
COPIS	69,23	3,23

Consumo Ativo (kWh) 125810600

Paga no prazo para não sofrer penalidade por atraso e para garantir o melhor preço. O cliente deve pagar a conta de energia no prazo de 5 dias úteis após a data de vencimento. O cliente deve pagar a conta de energia no prazo de 5 dias úteis após a data de vencimento. O cliente deve pagar a conta de energia no prazo de 5 dias úteis após a data de vencimento.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Valor	Descrição	Valor	Valor	Descrição	Valor
230219	Debitado	87,23			

Esta comunicação NÃO substitui o contrato de fornecimento de energia elétrica e NÃO constitui oferta de crédito. O cliente deve pagar a conta de energia no prazo de 5 dias úteis após a data de vencimento. O cliente deve pagar a conta de energia no prazo de 5 dias úteis após a data de vencimento. O cliente deve pagar a conta de energia no prazo de 5 dias úteis após a data de vencimento.

DOLENTOS	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR	VALOR
CRUZ DE REBOUCAS	0,00	6,11	12,22	20,77	
POD	0,00	7,22	14,44	25,00	
EMER	0,00	2,22	4,44	7,77	

Limite Diário: 12,22 R\$ - Valor da Energia de Uso do Sistema de Distribuição: R\$ 25,22

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
2320861015	03/2019	01/04/2019	78,49

83870000000-1 78490011002-9 32086101510-3 13922866553-6



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lota 5
Grças - Recife/PE CEP: 52111-000

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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² 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 Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu DILSA MARIA ANTONIO DE FRANÇA

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 290.878.804, 72, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

WALDIRSON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.265.564, 65

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima WALDIRSON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 097.265.564, 65, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

Endereço:

R-ALFREDO VIEIRA DE MELO		Número:	33-A	Complemento:	CASA
Bairro:	CRUZ DELBUCA	Cidade:	IGARASSU	Estado:	PE
E-mail:				CEP:	53625-030
				Tel.(DDD):	081-983634455

Local e Data: Recife, 30 de Abril, 2019

X Dilsa Mª Antonia de França
Assinatura do Declarante



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

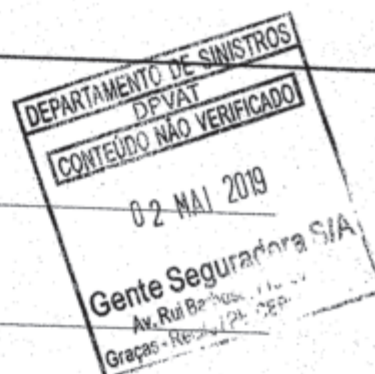
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA
RG nº 2.369.882, data de expedição 07/11/2018
Órgão S.D.S., portador do CPF nº 290.878.804-72
com domicílio na cidade de Igarassu, no Estado de Pernambuco
onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Alfredo Vianna de Melo nº 33A
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
MARILSON CAVALCANTE DE FRANCA FILHO, cujo o condutor era
MARILSON CAVALCANTE DE FRANCA FILHO
Veículo: Moto Modelo: 2009 Ano: 2009
Placa: AKD-1345 Chassi: 9C2KC16409R025844
Data do Acidente: 19/11/17

Local e Data: IGARASSU, 22/04/2019.

Dilsa Jb. Antonio de Franca
Assinatura do Declarante



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

CARTÓRIO DE IGARASSU/PE - OFÍCIO ÚNICO
TABELIONATO E REGISTROS PÚBLICOS

Rua Joaquim Nabuco, nº 105 - Centro - Igarassu-PE | Fone/Fax: 81 3542-0073/0813

Reconheço por autenticidade a firma de: DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA, do 16. 22/04/2019, em 1622 test. da verdade. MARCELO JOSE DA SILVA (ESCREVERE AUT.), Emol.: R\$ 3,50 TSNR: R\$ 0,80 FERC: R\$ 0,40 por Selo: 0130583.QYD04201903.00576. Consulte autenticidade em <http://tjpe.jus.br/selodigital>



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

1. Ocorrência da Emergência: 510679

1.1 - Atendimentos em: 19/11/17

1.2 - Às 14 horas e 30 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1069725

2.1 - Internado em: 19/11/17

2.2 - Alta em: 20/11/17

3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 19/11/17: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA. 2) ANTIBIOTICOTERAPIA.

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA: 25.1.2018

HORA: 15:49:28

PASTA: 01.01.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
CRM 16.938 ROE 2167
Dra. Jéssica Guido.



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 510679

Prontuário: 1069725

Nome: VALDIS

Data Nasc.: 16/

CPF:

Endereço: RUA

Bairro: CRUZ D

CEP: 53650535

Nome da Mãe:

Acompanhante:

Nome do Conju

Local de Procedência: VIA URBANA

Clínica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO, COM COLISAO MOTO /CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO DATA: 19/11/2017 HORA: 14:30 Médico:

Lesão Principal / HDA:

Ref. vítima de acidente com moto, com lesão em
perda de consciência no momento da chegada. Trauma por batida com
moto de pequeno porte em movimento. Lesão em extensão

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Colisão: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Motorista: ☐ Passageiro: ☐Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto:Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Tipo:Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por:

Transporte Realizado por:

Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐

Por que:

Observações:

Exame Físico:

A: Geral

Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp:

B: Respiratório

C: Circulatório

PA: x mmHg Pulso: bpm:

D: Exames Neurológico

Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular

Glasgow: Resposta Verbal

Glasgow: Resposta Motora

Score: Hora:

Score: Hora:

Score: Hora:





HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

NDN

Diagnóstico Inicial: *trauma com lesão do tórax*

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos: ① Fazer 1º atendimento para
Cirurgia Geral
② Solicitar Rx do tórax direito

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Ass. Médico + Carimbo

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Evolução de Enfermagem: ③ Aguarda resolução da
fratura de costela

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diag. Definitivo:

Definição do Caso: ☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se

Condição de Alta:

☐ Curado ☐ Melhorado

☐ Inalterado ☐ Piorado

☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Assist. Social:

Confirmação do Endereço:

Providências: Alta ☐ Transferência ☐ Estudo de Caso ☐ Exames Externos: ☐

Assist. Social

Observações:

Autorização para Alta / Internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade do Internamento

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Termo de Responsabilidade da Alta a Pedido

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

Data: _____ Nome completo legível: _____

Nº da Identidade: _____ Assinatura: _____

Cadastramento: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS

Impressão: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS

C. Qual: 16:34 / 19/11/17

Paciente com Bm estado físico

Paciente com Bm estado físico, sem lesões

Além das lesões de tórax, sem lesões físicas, não

lesões de tórax - ausência de lesões físicas, não

Médico

Flávio R. P. 27
CRM - PA 2326

20 de novembro

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco HOSPITAL Getúlio Vargas			SUMÁRIO DE ALTA	
NOME: VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO			02 (DUAS) VIAS	
NOME DA MÃE:			CARTÃO SUS:	
CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENFERMARIA: SR	LEITO: 28	Nº DO REGISTRO: 1069725	
DATA DE NASCIMENTO:	IDADE:	PESO:	ALTURA:	SEXO:
MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO): ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão				
COMORBIDADE:				
PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS: LMC + sutura				
DATA DA INTERNAÇÃO: 19/11/2017	DATA DA ALTA: 20/11/2017		DIAS DE INTERNAÇÃO:	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO 0415030012	10415040035	CID J79.2	CARIMBO/REVISÃO JURAMENTO	
	10413040178	C93.0		
COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL		MATRÍCULA
1	CIRURGIÃO	DR Tércio Farias		558162008
2	1º AUXÍLIO CIRURGICO	DR Bruno Monteiro		1108
3	2º AUXÍLIO CIRURGICO	Dra Ana Áurea		1108
4	ANESTESISTA			1108
5	CLÍNICO			1108
RESUMO DO CASO (ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)				
Paciente deu entrada em nosso hospital no dia 19/11/17 às 14:30h com história de trauma com ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão. Foi submetido a procedimento cirúrgico no dia 19/11/17 (LMC + sutura). No pós operatório evoluiu bem com melhora de ferida operatória.				
MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA				
ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + dipirona				
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL				
ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão				
CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA				
BEG, orientado, corado, eupneico. com boa perfusão distal.				
MOTIVO DA ALTA		ÓBITO		
CURADO ____ MELHORADO <u>X</u> TRANSFERÊNCIA ____		IML ____ SVD ____ BO: ____		
OUTROS:				
ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO				
Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de traumatologia				
DATA: 20/11/2017				


 Dra. Karina Nobre
 Médico Responsável



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

Registro: 1069725

Data da operação: 19/11/2017

Operador: DR. TÉRCIO FARIAS

1º auxiliar: DR. BRUNO MONTEIRO MR2

2º auxiliar: DRA. ANA ÁUREA MR1

Diagnóstico pré-operatório: EXTENSO FERIMENTO EM PERNA DIREITA

Diagnóstico pós-operatório: **FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA**

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observada extensa lesão de partes moles em MID com exposição de estruturas profundas + fratura exposta por abrasão em face anterior de tíbia direita + ferimento em joelho direito;
- 5) Desbridamento de tecidos desvitalizados;
- 6) Limpeza abundante com SF 0,9%;
- 7) Sutura de ferimentos com pontos simples em Nylon 2-0;
- 8) Curativo estéril;
- 9) Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento.

Ana S.

CSA

[Handwritten signature]

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
16-11-2018 10:22:44.507534

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

ATENDIMENTO: 510679

Prontuário: 1069725

Nome: VALDIS

Data Nasc.: 16

CPF:

Endereço: RUA

Bairro: CRUZ D

CEP: 53650535

Nome da Mãe:

Acompanhante:

Nome do Conju

Local de Procedência: VIA URBANA

Clinica: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: REFERE ACIDENTE DE TRANSITO, COM COLISAO MOTO /CARRO

Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐

2 - ATENDIMENTO

DATA: 19/11/2017

HORA: 14:30

h Médico:

Queixa Principal / HDA:

Perda de consciência por vítima de acidente com moto, com queixa de dor no pescoço, com lesões no tórax e membros superiores. Relato de ferimento profundo em mmii. Paciente tratado em urgência.

História do Trauma

Perda da Consciência: Sim ☐ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☐ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Motorista: ☐ Passageiro: ☐
Colisão: Sim ☐ Não ☐ Local de Impacto: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Atropelamento: Sim ☐ Não ☐ Tipo: Transporte Realizado por: Por que:
Vítima de Ferimento: Sim ☐ Não ☐ Por: Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura: m
Queimadura: Sim ☐ Não ☐ Por: Transporte Realizado por: Por que:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☐ Não ☐ Por que:

Exame Físico: Nega alteração em tetra membros e membros superiores.

A: Geral Via aérea esta pervia: Sim ☐ Não ☐ O paciente fala: Sim ☐ Não ☐ Temp: C°

B: Respiratório

C: Circulatório PA: x mmm Pulso: bpm

D: Exames Neurológico

Glasgow: Abertura Ocular Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Escore: Hora: Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

15

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 - LAR 5
Recife - PE CEP: 52011-040





HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

1. Ocorrência da Emergência: 510679

1.1 - Atendimentos em: 19/11/17

1.2 - Às 14 horas e 30 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1069725

2.1 - Internado em: 19/11/17

2.2 - Alta em: 20/11/17

3. Hipótese Diagnóstica: 1) FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA.

4. Tratamento: 1) CIRURGIA EM 19/11/17: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA. 2) ANTIBIOTICOTERAPIA.

5. Observação: ACIDENTE DE TRÂNSITO.

DATA: 25.1.2018

HORA: 15:49:28

PASTA: 01.01.2018

JGAS

RS

Jéssica Guido de Araújo Sá
Dermatologista
Rm 15.938 RQE 2167
CRM Jéssica Guido.





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL

Getúlio Vargas

261710267688-1

09.134.373/2000

LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH

CARTÃO SUS:

708600593488185

SENHA:

NOME DO PACIENTE:

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

DATA DE NASCIMENTO:

16/12/1991

SEXO

MASCULINO

Nº DO REGISTRO

1069725

NOME DA MÃE:

DILZA MARIA ANTONIO DE FRANÇA

ENDEREÇO:

Nº

BLOCO

APTO

BAIRRO

MUNICÍPIO:

UF:

PE

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente com história de colisão moto x auto sofrendo trauma em MID.

EXAME FÍSICO:

BEG, orientado, corado, hidratado, eupneico.

Ferimento extenso em face antero-medial de perna direita com exposição óssea + ferimento em face anterior de Joelho direito. Neurovascular preservado distalmente.

PRINCIPAIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES

Anamnese + exame físico + Rx

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA + FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA + LMC + SUTURA DE FERIMENTO EM JOELHO DIREITO

DESCRIÇÃO DA CLÍNICA/ESPECIALIDADE

TRAUMATO-ORTOPEDIA

CÓDIGO:

0415030013

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA:

19/11/2017

DATA:

Sérgio Campos
Auditor Médica - HGV
CRM 7584

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE DA INTERNAÇÃO

PARA USO DAS UNIDADES PÚBLICAS

AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO EM UNIDADE COMPLEMENTAR

NOME DA UNIDADE:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 3º e 4º andares
Graciosa - Recife - PE - CEP: 52011-040

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO

DATA DO ENCAMINHAMENTO

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL
Getúlio Vargas

SUMÁRIO DE ALTA

NOME:

VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

02 (DUAS) VIAS

NOME DA MÃE:

CARTÃO SUS:

CLÍNICA:

ORTOPEDIA

ENFERMARIA:

SR

LEITO:

28

Nº DO REGISTRO:

1069725

DATA DE NASCIMENTO:

IDADE:

PESO:

ALTURA:

SEXO:

MOTIVO DA ADMISSÃO/DIAGNÓSTICO INICIAL (CONSTANTE NO LAUDO MÉDICO):

ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão

COMORBIDADE:

PROCEDIMENTO SOLICITADO / EXAMES REALIZADOS:

LMC + sutura

DATA DA INTERNAÇÃO:

19/11/2017

DATA DA ALTA:

20/11/2017

DIAS DE INTERNAÇÃO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO

0415030012

0415040035

0413040178

CID J39.2

0430

CARIMBO/REVISOR/ATESTAMENTO

COD

EQUIPE

NOME DO PROFISSIONAL

MATRÍCULA

1

CIRURGIÃO

DR Tércio Farias

2

1º AUXÍLIO CIRURGICO

DR Bruno Monteiro

3

2º AUXÍLIO CIRURGICO

Dra Ana Áurea

4

ANESTESISTA

5

CLÍNICO

RESUMO DO CASO

(ACHADOS CLÍNICOS, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS REALIZADOS)

Paciente deu entrada em nosso hospital no dia 19/11/17 às 14:30h com história de trauma com ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão. Foi realizado procedimento cirúrgico no dia 19/11/17 (LMC + sutura). No pós operatório evoluiu bem com melhora de ferida operatória.

MEDICAÇÕES UTILIZADAS E DE ALTA

ALTA: Prescrevo cefalexina por 7 dias + dipirona

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

ferimento extenso em joelho e perna direita com fratura de patela por abrasão

CONDIÇÕES CLÍNICAS NA ALTA

BEG, orientado, corado, eupneico. com boa perfusão distal.

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

CURADO ____ MELHORADO X TRANSFERÊNCIA ____

IML ____ SVO ____ BO: ____

OUTROS:

ORIENTAÇÃO QUANTO ACOMPANHAMENTO

Agendar retorno em 7 dias no ambulatório de traumatologia

DATA:

20/11/2017

Dra. Karine Nobre
Ortopedia - Traumatologia
CRM 17.531

Médico Responsável



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome do paciente: VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO

Registro: 1069725

Data da operação: 19/11/2017

Operador: DR. TÉRCIO FARIAS

1º auxiliar: DR. BRUNO MONTEIRO MR2

2º auxiliar: DRA. ANA ÁUREA MR1

Diagnóstico pré-operatório: EXTENSO FERIMENTO EM PERNA DIREITA

Diagnóstico pós-operatório: **FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA**

Tipo de operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA POR ABRASÃO EM TÍBIA DIREITA

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antissepsia;
- 3) Aposição de campos cirúrgicos estéreis;
- 4) Observada extensa lesão de partes moles em MID com exposição de estruturas profundas + fratura exposta por abrasão em face anterior de tibia direita + ferimento em joelho direito;
- 5) Desbridamento de tecidos desvitalizados;
- 6) Limpeza abundante com SF 0,9%;
- 7) Sutura de ferimentos com pontos simples em Nylon 2-0;
- 8) Curativo estéril;
- 9) Observada boa perfusão distal ao fim do procedimento.



Ana Áurea C. T. T. C.
CRMPE 20.000
HRT



HOSPITAL GETULIO VARGAS EMERGÊNCIA



E: Abdômen

NDN

Diagnóstico Inicial:

trauma sem mmii direito

Exames Solicitados : 1 - Patologia Clínica

Exames Solicitados : 1 - Especializados

Resultado de Exames:

Código Procedimento:

Tratamento / Procedimentos:

① Faco 1º atendimento pela
Cirurgia Geral
② Sutura de mmii direito

Ass. Médico + Carimbo

Código Procedimento:

Indicação Cirúrgica: Sim ☐ Não ☐ Motivo:

Ass. Médico + Carimbo

Evolução de Enfermagem:

③ Aguarda avaliação da
fratura da tíbia

Diag. Definitivo:

Ass. Enfermeira + Carimbo

Definição do Caso:

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

Condição de Alta:

☐ Curado

☐ Melhorado

☐ Inalterado

☐ Piorado

☐ Óbito

Informação do Serviço Social

Confirmação do Nome:

Confirmação do Endereço:

Providências:

Alta ☐

Transferência ☐

Estudo de Caso ☐

Exames Externo: ☐

Observações:

Assist. Social:

Assist. Social

Autorização para Alta / internamento / Transferência

Médico:

CRM/CRO:

Data:

Hora:

Termo de Responsabilidade Para Internamento :

- Estou ciente das normas existente neste Hospital, as quais integralmente e autorizo a realização de tratamentos, clínicos e/ou cirúrgicos, inclusive transfusões e sem os exames complementares

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido :

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

Data:

Nome completo legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

Cadastramento: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS

Impressão: 19/11/2017 14:31 h JOSENEIDEAS

Cirurgia: 16:34 / 19/11/17

Paciente em Boa Estado Geral

Px de - 1º - Sutura de ferida de 1cm x 1cm

Alcance de - 1º - Sutura de ferida de 1cm x 1cm

Alcance de - 1º - Sutura de ferida de 1cm x 1cm

Alcance de - 1º - Sutura de ferida de 1cm x 1cm

Médico

Flávio R. Paes
Cirurgião Geral
CRM - PE 23261

Documentos de identificacao



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME VALDIRSON CAVALCANTE DE FRANCA FILHO		
	DOC. IDENTIDADE / END. EMBORA / UF 3347244, RDM PE	
	CPF	DATA NASCIMENTO
	097.245.544-65	26/12/1993
	FUNÇÃO VALDIRSON CAVALCANTE DE FRANCA DILSA MARIA ASTORIO DE FRANCA	
PERMISSÃO		ACC CAT. HABIL
PERMISSÃO		A
CPF	VALIDADE	VALIDAÇÃO
06283892782	23/05/2019	20/01/2015
OBSERVAÇÕES		
SEM OBSERVAÇÃO		
Assinatura de Valdirson Cavalcante de Franca		
Assinatura do solicitante		
LOCAL	DATA EMISSÃO	
RECIFE - PE	21/01/2016	
Assinatura do solicitante		15460358841 PED71085178
DETRAN - PE (PERNAMBUCO)		

SE888008 LINEZ (PART) RA 16-03-2019 16:28 443078 1/1

SE888008 LINEZ (PART) RA 16-03-2019 16:28 443078 1/1

SE888008 LINE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.347.964 DATA DE EMISSÃO 19/03/2014

NOME << VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA FILHO >>

RESIDÊNCIA << VALDISON CAVALCANTI DE FRANÇA >>
<< DILZA MARIA ANTONIO DE FRANÇA >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 16/12/1991

DOCUMENTO << 077669 01 55 1992 1 00073 177
0031910 77 IGARASSU-PE >>

CPF 097 265 564-65

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E VALORES MÓRIS

EC-3

Valdison C. de França Filho

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL 16-FEB-2019 16:29 443879 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VALDIRSON CAVALCANTI DE FRANCA FIGUEIRA

1219917088

04283892722

23/05/2019

30/01/2015

21/01/2018

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

AMENDAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 02 MAI 2019
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - Laje 6
 Graças - Recife/PE CEP: 52011-040



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 013432686586

VIA 1 COD RENAVAM 160262275 RNTIC ***** EXERCÍCIO 2017

NOME DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA

IGARASSU-PE

290.878.804-72 PLACA KRD1345

PLACA ANT/UF ***** CHASSI 9C2KC16109R025644

ESPECIE TIPO PAS MOTOCICLETA COMBUSTIVEL ALCO/GASOL

MARCA/MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX RS ANO FAB 2009 ANO MOD 2009

CAP/POT/CIL 2P/149CL CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA IRVA 2017 QUITADO VENC. COTA ÚNICA 1 *****

FAIXA LPVA 1 PARCELAMENTO/COTAS 2 ***** 3 *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

LOCAL DATA 09/08/17

IGARASSU-PE

Charles Andrews Sousa Ribeiro

DIRETOR EXECUTIVO DETRAN/PE

PE Nº 013432686586 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 622 1204

IGARASSU-PE EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 02/05/17

VIA 1 CPF / CNPJ 290.878.804-72 PLACA KRD1345

RENAVAM 160262275 MARCA / MODELO HONDA/CG150 TITAN MIX

ANO FAB 2009 DATA 09 Nº CHASSI 9C2KC16109R025644

PRÊMIO TARIFÁRIO

PIS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEMPRE (R\$)

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

PARA NÃO FICAR FORTE OBTENTOR

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

R. ALFREDO MARIANO DE BRITO - Lameira - Rua Cel. João Ribeiro de Sousa, Nº 51 - Centro - Abreu e Lima/PE

Cep: 53.320-205 - Fone: (81) 3541-1311/1312 - E-mail: cartorio@alfredomariano.com.br

Certifico que a presente cópia, apresentada por VALDSON é uma reprodução fiel do original que me foi exibida. Dou fé. Abreu e Lima/PE, 06/02/2018 13:34:20. Emol: R\$ 3,41 TSNR: R\$ 0,68 Total: 4,09. AU-3-33662

Luciana/Oliveira de Lima Marques - Substituta

Selo digital: 0150607.HCM01201803.03753

Notas e Protesto
Abreu e Lima

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
02 MAI 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 15 - Loja 5
Gracas - Recife/PE CEP 52011-040

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066946/18

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

CPF: 097.265.564-65

Data do Acidente: 19/11/2017

CPF de: Próprio Titular do CPF: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Comprovação de ato declaratório

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Outros

Outros



VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO : 097.265.564-65

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/02/2018

Nome: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

CPF/CNPJ: 097.265.564-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2018

Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA

CPF: 158.640.827-59

VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

() MORTE (X) INVALIDEZ PERMANENTE () DAMS

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

VÍTIMA Valdir Cavalcante de Figueira Filho

DATA DO ACIDENTE 21/11/2017 POSSUI CPF DA SIM () NÃO Nº CPF 007265564-65

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

() Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)

() CPF do Representante Legal (cópia simples)

() Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.

Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022 1204.

Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

(X) Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não

(X) Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

(X) Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

() Laudo de Invalidiz do IML – original ou cópia autenticada () Sim () Não

(X) Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), ~~justa com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, emitida data definitiva. Somente na impossibilidade de apresentar laudo do IML.~~

() Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

(X) Documento de identificação da vítima (cópia simples)

(X) CPF da vítima (cópia simples)

(X) Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

(X) Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

() Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não

() Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)

() Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

() Comprovações das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)

() Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário

() Documento de identificação da vítima (cópia simples)

() CPF da vítima (cópia simples)

() Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)

() Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

() Registro de Ocorrência Policial – original ou cópia autenticada () Sim () Não

() Certidão de óbito da vítima - cópia autenticada: () Sim () Não

() Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário

() Documento de identificação da vítima (cópia simples)

() CPF da vítima (cópia simples)

() Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)

() CPF de todos os beneficiários (cópia simples)

() Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de Residência (original).

() Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

() Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado - Cópia Autenticada: () Sim () Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

() Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)

() Declaração de Cônjuge (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)

() Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE – QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)

() Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)

() Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)

() Declaração de Separação de fato (original), declarada pelo cônjuge

() Termo de Conciliação (original), assinado pela(a) companheira(a), e o cônjuge

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))

() Declaração de Únicos Herdeiros (original)

() Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)

() Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário - (cópia simples)

() Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) VALDIRSON CAVALCANTE DE Figueira Filho

Quem é o portador? () Vítima () Beneficiário () Representante Legal - CPF do portador 014005564-65

E-mail: benes886344@uol.com.br e 650344@uol.com.br Tel: 0183654155

Data: 06-01-2018 Assinatura: VALDIRSON CAVALCANTE DE F. FIGUEIRA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) E.C.T

Atendente: Beneto Pereira de Menezes Matrícula: 7.586.340-8

Data: 06/02/2017 Assinatura: Beneto Pereira de Menezes

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066946/18

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

CPF: 097.265.564-65

Data do Acidente: 19/11/2017

CPF de: Próprio Titular do CPF: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

Outros



VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO : 097.265.564-65

Autorização de pagamento

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.

Portador da documentação entregue

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 28/03/2018

Nome: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

CPF: 097.265.564-65

Data do cadastramento: 05/04/2018

Nome: Karine Gomes de Lima

CPF: 074.990.807-65

VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Karine Gomes de Lima

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: **VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO**
Nº Sinistro: **3180088165**
Vítima: **VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO**
Data do Acidente: **19/11/2017**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: **EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o número **3180088165**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusiva

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, 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.

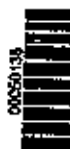
Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar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

Proa 0027500270 - cara_00 - INVALIDEZ



Caso nº 1243389

SEGURO DPVAT - LIDER DPVAT FA 28-000-2018 07-50 535013 1/1

NOME: VALDISON CAVALCANTE DE FRANCA FILHO
OBS.: FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

Seguradora Líder • DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Valdison Cavalcanti de FRAZAO FILHO
 DATA DO ACIDENTE 29-11-2017 CPF DA VÍTIMA 09726556465
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Valdison Cavalcanti de FRAZAO FILHO
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É Valdison Cavalcanti de FRAZAO FILHO
 ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Alexandre Vieira de MELO
 Nº 33-A COMPLEMENTO CASA BAIRRO LAZAR DE ALEMEIDA
 CIDADE IGARASSU UF PE CEP 53.625-030
 E-MAIL 60658831@live.com.br TELEFONE (81) 98363-9155

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)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 0 A 15 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 DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
 () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 0 A 15 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

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURADORATRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 22/03/2018
 IDENTIDADE 8.347.964
 ASSINATURA Valdison Cavalcanti de Frazao Filho

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 22/03/2018
 NOME RENATO P. NASCIMENTO
 ASSINATURA Renato Pereira do Nascimento

Declaração

Venho por meio informar
Que não existe mais documentação médica
A se apresentar.

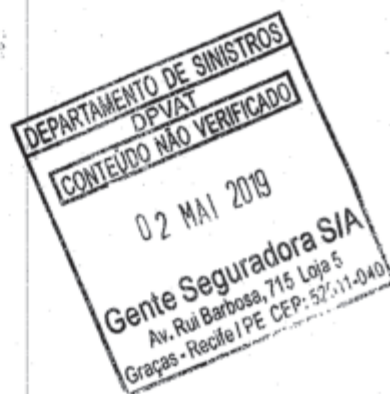
Por isso me disponho à realização de perícia médica caso seja solicitado pela
seguradora.

Eu VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO
Portador do RG 8347964 e CPF 097.265.564-65

VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO

Assinatura da vítima

30-40-2019



PROCURAÇÃO

Pelo presente particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

OUTORGANTE:

Nome: VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO
Brasileiro (a), Estado Civil SOLTEIRO, Profissão AUTÔNOMO portador da
cédula de identidade nº 8347964, CPF 097.265-564-65, com
endereço na R: ALFREDO VILHA DE MELO N. 33A - IGARASSU
GOV. BA MIBOUÇAS

OUTORGADO:

Nome: DILSA MARIA ANTONIO DE FRANÇA
Brasileiro (a), Estado Civil CABADA, Profissão AUTÔNOMA portador da
cédula de identidade nº 2.369.982, CPF 290.878.804.72 com
endereço na R: ALFREDO VILHA DE MELO N. 33A
IGARASSU GOV. BA MIBOUÇAS

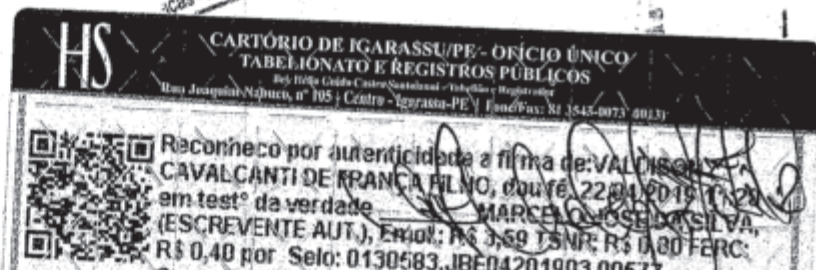
PODERES: DO SEGURO DPVAT
DILSA PROPRIETÁRIA DO VEÍCULO E
VALDISON CAVALCANTE DE FRANÇA FILHO APENAS
ESTAVA EM POSE DO VEÍCULO QUANDO DO ACIDENTE;

IGARASSU 22 de ABRIL de 20 19.

Valdison C. de França Filho

Outorgante

Outorgado



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0147450/19

Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILH

CPF: 097.265.564-65

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 19/11/2017

Titular do CPF: VALDISON CAVALCANTI
DE FRANCA FILHO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA : 290.878.804-72

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

VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO : 097.265.564-65

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: 02/05/2019
Nome: DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA
CPF: 290.878.804-72

DILSA MARIA ANTONIO DE FRANCA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/05/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180088165 **Cidade:** Olinda **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO **Data do acidente:** 19/11/2017 **Seguradora:** ARUANA SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta da tíbia direita

Descrição do exame médico pericial: Cicatriz em membro inferior direito. Sem alteração da marcha e mobilidade do membro inferior direito

Resultados terapêuticos: A vítima foi submetida a tratamento cirúrgico com limpeza e curativo local. Realizou complementação com tratamento fisioterápico. Evoluiu com consolidação das lesões e obteve alta médica há 30 dias, sem indicação de qualquer tipo de terapia complementar

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 17/04/2018

Conduta mantida:

Observações: O exame físico descrito demonstrou que após a consolidação das lesões ocorridas no trauma e o término do tratamento, não existem sequelas funcionais e ou anatômicas a serem indenizadas decorrentes do acidente de trânsito, a mobilidade do membro inferior direito está preservada como também a marcha, portanto mantemos a conduta do médico examinador.

Médico examinador: Leonardo Neves

CRM do médico: 17742

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: LUCIA DE FÁTIMA CAHINO DA COSTA HIME

CRM do médico: 41076

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico:

**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: 3180088165

Nome do(a) Examinado(a): VALDISON CAVALCANTI DE FRANCA FILHO

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Alfredo Vieira de Melo, 33 - Igarassu/PE - CEP 53625-030

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 8347964 - sds-pe - 21/01/2016

Data e Local do Acidente : 19/11/2017 - Olinda, PE

Data e Local do Exame : 17/04/2018 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 exposta por abrasão de tibia direita

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

Tratado cirurgicamente com limpeza e curativo local, evoluindo sem complicações.

Fez fisioterapia.

Alta há cerca de 30 dias

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

vitima com cicatriz em membro inferior direito, sem alteração da marcha, com força e mobilidade preservados em membro inferior direito.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☐ Sim ☒ Não

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

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

(X) “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

% 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

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