

SAFE SEG SERVIÇOS
21 MAR. 2012
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

EXCELSIOR SEGUROS
20 MAR. 2012
SEGURO DPVAT.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOVATILSON ALVES PEREIRA
DOC. IDENTIFIC. DOB. 15719591806
CPF 859.358.854-06
DATA 02/01/1988

PEREIRA
PEREIRA
PEREIRA
PEREIRA

214692354
24/08/2012
27/04/2005

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO
1004037
[Barcode]

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 2012127981

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez

Vítima: EDVANILSON
ABREU PEREIRA

Data do acidente: 30/11/2008

**Emissor do
parecer:** José Artur
Fialho
Amorim

Seguradora: CIA EXCELSIOR
DE SEGUROS

Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

CRM do médico: 314742

PARECER

Data da análise: 08/05/2012

**Valoração do
IML:**

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO

**Resultados
terapêuticos:**

**Sequelas
permanentes:** DEPENDE DE EXAME PERICIAL

Sequelas: Não definido

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

Médico avaliador: ARTUR

**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano	% Dimensão	Graduação
Danos não definidos.		

Valor avaliado: 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 2012127981

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez

Vítima: EDVANILSON
ABREU
PEREIRA

Data do acidente: 30/11/2008

Emissor do parecer: Maria Tereza
Ramos de Araujo
Amorim

Seguradora: CIA
EXCELSIOR
DE SEGUROS

Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS
MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

CRM do médico: 31475-9

PARECER

Data da análise: 03/04/2012

**Valoração do
IML:**

Perícia médica: Não

Diagnóstico: ENTORSE DE TORNOZELO E PE DIREITO (TTO CONSERVADOR)

**Resultados
terapêuticos:**

**Sequelas
permanentes:** A ESCLARECER

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida: Não

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:** ENVIAR BOLETIM DE ATENDIMENTO E RELATORIO DE INTERNAMENTO

Observações:

Valor pleiteado: 13.500,00

Médico avaliador: MARIA TEREZA

**UF do CRM do
médico:** RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
------	---	----------	-----------

Danos não definidos.

Valor avaliado: 0,00

CARTA

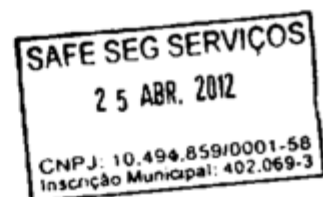
Eu, EDVANILSON ABREU PEREIRA, portador do RG nº 6071959, inscrito no CPF/MF sob o nº 059.258.834-38 e cadastro na Seguradora Líder sob o sinistro nº 2012/127981, declaro para os devidos fins que já enviei toda a documentação médica e hospitalar possível, não tendo condições de enviar documentação complementar.

Desde já me apresento e me ponho a disposição para proceder à perícia junto a Seguradora Líder para que avaliem devidamente as minhas lesões, deformidades e debilidades.

Desde já, grato pela atenção e pela compreensão.

Recife, 16 de abril de 2012.

EDVANILSON ABREU PEREIRA



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 2012127981

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez

Vítima: EDVANILSON
ABREU PEREIRA

Data do acidente: 30/11/2008

Emissor do parecer: Jessica de
Oliveira Vidal

Seguradora: CIA EXCELSIOR
DE SEGUROS

Prestadora: CNIS - Cadastro Nacional
Informações e Serviços

CRM do médico: 52575957

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA PERNA DIREITA

Descrição do exame médico pericial: MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM AUMENTO DISCRETO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO MESMO. POLIQUEIXOSO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas :

Data da perícia: 12/05/2012

Conduta mantida: Não

Observações:

Valor pleiteado: 3.375,00

Médico avaliador: flavio eduardo haddad

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25	1	50

Valor avaliado: 1.687,50

Laudo de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes

Informações do Acidente

Sinistro: **2012/127981**
Vítima: **EDVANILSON ABREU PEREIRA**
Local: **PE-OLINDA**
Data do Acidente: **30/11/2008**

Avaliação do Medico Perito Legista

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

- a) ☒ SIM b) ☐ NÃO c) ☐ PREJ.

Só prosseguir em caso de resposta afirmativa

II. Descrever o quadro clínico atual informando:

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

TORNOZELO DIREITO.

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

FRATURA DA PERNA DIREITA COM TRATAMENTO CONSERVADOR.

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

- a) ☐ SIM b) ☒ NÃO

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

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

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

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

MEMBRO INFERIOR DIREITO ASSIMÉTRICO, COM AUMENTO DISCRETO DE VOLUME EM TOPOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO COM LIMITAÇÃO DA FLEXO / EXTENSÃO DO MESMO. POLIQUIEIXOSO.

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

- a) ☐ SIM, em que prazo:
b) ☒ NÃO

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

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

Segmento corporal acometido:

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

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

Segmento Anatômico

1ª Lesão

TORNOZELO DIREITO.

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75%

2ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

3ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

4ª Lesão

Marque o percentual

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75%

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

Local e data de realização do exame médico legal:

PE - RECIFE, 12/05/2012

Médico Perito:

Médico Revisor: FLAVIO EDUARDO HADDAD CRM: 52575957



Dr. Flávio Eduardo Pato Haddad
Médico
CRM 10570

Assinatura do médico revisor - CRM

Informações Complementares

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

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
www.seguradoralider.com.br

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, EDUARILSON ALVES PEREIRA
PORTADOR / A DO RG Nº 6071959 EXPEDIDO POR SMS EM / / E
CPF 059258034-38 / CNPJ - - , PROFISSÃO
Motociclista E RENDA MENSAL DE R\$ 780.00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO / A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo
_____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

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

☒ **CRÉDITO EM CONTA-CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA 9249 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-CORRENTE 19780-8

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO
1004039

EXCELSIOR SEGUROS



SEGURO DPVAT

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO BRADESC**

Nº BANCO 237 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL**

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DO BANCO ITAÚ**

Nº BANCO 341 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA

☐ **CRÉDITO EM CONTA-POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL**

Nº BANCO 104 Nº AGÊNCIA (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)

Nº CONTA-POUPANÇA

SAFE SEG SERVIÇOS
21 MAR. 2012
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.

UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SEGURO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

LOCAL OLINDA

DATA 16/03/2012

ASSINATURA DO / A BENEFICIÁRIO / A EDUARILSON ALVES PEREIRA

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 seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74) e reembolso de até **R\$ 2.700,00** em caso de despesas médico-hospitalares (valor varia conforme o total de despesas comprovadas, tomando por base os limites definidos pelas tabelas autorizadas pela Superintendência de Seguros Privados - Susep).
- Para acompanhar o andamento do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- A Circular Susep nº 380/08, 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.

BOLETIM DE OCORRENCIA

1004026



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 7A SECCIONAL - OLINDA**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 12E0321002035

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/03/2012 às 20:40

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 30/11/2008 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 16, 1 - Bairro JATOBÁ - Município: OLINDA - Estado: PERNAMBUCO - País: BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA - Próximo: NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
EDVANILSON ABREU PEREIRA (AUTOR AGENTE)
MARIA CRISTINA DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Produto de crime contra a propriedade) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDVANILSON ABREU PEREIRA

EXCELSIOR SEGUROS
20 MAR. 2012
SEGURO DPVAT.

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

(AUTOR \ AGENTE) - EDVANILSON ABREU PEREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MARIA DAS GRACAS ABREU PEREIRA, Pai: ESPEDITO MIGUEL PEREIRA. Data de Nascimento: 21/11/1954; Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL

Documentos: 6071958/SDS/PE (RG), 05928339405 (CPF) Estado Civil: AMASIADO(A); Escolaridade: NAO INFORMADO;

Profissão: MOTORISTA; Telefone de Contato: 8127202595; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: AVENIDA CORONEL JOAO MELO MORAES, 1235, CASA, 55000-000, FRAGOSO, OLINDA, PERNAMBUCO, BRASIL

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais:

Nome Fantasia: CEMITERIO MORADA DA PAZ

(VITIMA) - MARIA CRISTINA DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino

Mãe: MARIA IRACEMA, Pai: NAO INFORMADO Data de Nascimento: NAO INFORMADO, Naturalidade: NAO INFORMADO / NAO INFORMADO / NAO INFORMADO

Estado Civil: AMASIADO(A); Escolaridade: NAO INFORMADO; Profissão: NAO INFORMADO; Telefone de Contato: 8167205595; Telefone Celular: NAO INFORMADO

Endereço Residencial: AVENIDA CORONEL JOAO MELO MORAES, 1235, 55000-000, FRAGOSO, OLINDA, PERNAMBUCO, BRASIL

Endereço Comercial: NAO INFORMADO

Dados Comerciais: NAO INFORMADO

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

SAFE SEG SERVIÇOS
21 MAR. 2012
CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): EDVANILSON ABREU PEREIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): EDVANILSON ABREU PEREIRA

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA / YAMAHA / XTZ 125 - Objeto apreendido: Não - Número de Série: NAO INFORMADO

COR PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA) Valor Unitário: (MOEDA NÃO INFORMADA)

Placa: KLO4148 (PERNAMBUCO / NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação:

ESTEVE PRESENTE A ESSE PLANTÃO O SR. EDVANILSON INFORMANDO QUE NO DIA 30/11/2012 QUANDO ESTAVA CONDUZINDO A MOTO DE PLACA KLO4148 NA PE 15-GLINDA, UM ÔNIBUS EFETUOU UMA MANOBRA, FAZENDO COM QUE O SR. EDVANILSON DESVIASSE, PORÉM PROVOCANDO A QUEDA DESSA E DO CARLA DORA MARIA, ONDE AMBOS FORAM SOCORRIDOS, SENDO QUE O SR. EDVANILSON FICOU NO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS SENDO ATENDIDO AS 15 HORAS E 51 MINUTOS.

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

Edvanilson Abreu Pereira

EDVANILSON ABREU PEREIRA
(AUTOR / AGENTE)

SAFE SEG SERVIÇOS

21 MAR. 2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

S.O. registrada pelo p.o. - MICHELLE ESTEVES FALCÃO FREIRE - Matrícula: 319695-0

EXCELSIOR SEGUROS

20 MAR. 2012

SEGURO DPVAT.

POLICIA CIVIL PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

CERTIDAD DE INEXISTENCIA DE INL
1004029



2012

CNPJ: 10.494.859/0001-58
Inscrição Municipal: 402.069-3

CHRIIDAC

EU, RICARDO FERNANDO DE ARAUJO, matrícula nº 220.752-0, escrivão de polícia -
placetista - no uso de minhas atribuições legais,

CERTIFICO, para os devidos fins, que não existe Instituto de Medicina Legal (IML), em nenhum dos municípios de: OLINDA, RIBEIRÃO, JOAQUIM NABUCO, CORTÊS, ABREU E LIMA E SÃO JOSÉ DA COROA GRANDE, TAMANDARÉ, ESCADA, para realização de perícias. O referido é verdade, dou fé. Dado e passado nesta cidade de Olinda, ao sexto dia do mês de agosto de dois mil e dez, (06/08/2010). EU Alcindo Pereira 220.752-0 escrivão de polícia que digitei.



EXCELSIOR SEGUROS

20 MAR. 2012

SEGURO DPVAT.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

COMPROVANTE DE RESIDENCIA
1004040



NOME LEGÍVEL: EDVANILSON ALVES PEREIRA

RG Nº 6071939 ORG. EXP: SDS DT. EXP: 1/1

CPF: 039.258.834-38

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE RESIDO NO
ENDEREÇO ABAIXO:

ENDEREÇO: AV. CEL. JOÃO MELO MORAIS N:1235

BAIRRO: Jatoma

CIDADE: OLINDA

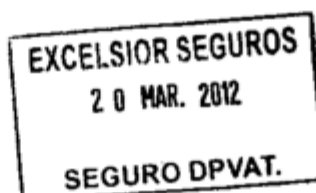
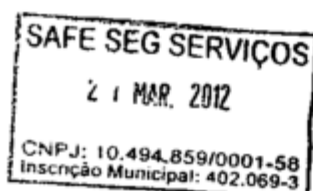
ESTADO: PE CEP: 53250-040

Tel. (81) 9648-4978

OLINDA 16/03/2012
LOCAL/DATA

Edvanilson Alves Pereira

ASSINATURA DO DECLARANTE



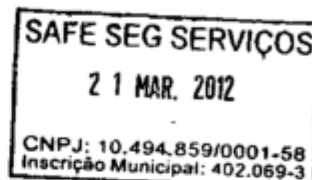


SECRETARIA DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

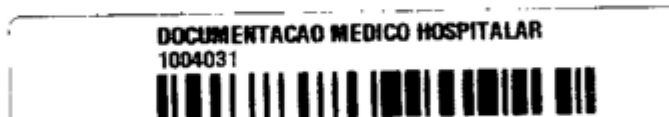
NOME: EDVANILSON ABREU PEREIRA
CODIGO DO PACIENTE: 687468



1. Ocorrência da Emergência:

- 1.1 Atendido em: 30/11/08, às 15 horas e 51 minutos
- 1.2 Internado em: , às horas e minutos
- 1.3 Alta em: , às 22 horas e 40 minutos.

2. Hipótese Diagnóstica: POLITRAUMA + ENTORSE DE TORNOZELO E PÉ DIREITO.



3. Tratamento: PROFENID IM + TALA GESSADA TIPO BOTA À DIREITA.

4. Observação: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU DO PRONTUÁRIO DO PACIENTE. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. TRAZIDO AO HGV PELO SAMU. REALIZOU RX COLUNA CERVICAL, TORAX, BACIA JOELHO ESQUERDO, TORNOZELO DIREITO.

DATA 04/02/2009
PASTA: 03/02/2009
JV

