
Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661941

Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 10 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661941

Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 17 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190661941

Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Data do Acidente: 28/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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:
	10618495460	JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA	10618495460	
Profissão:	Endereço:	Número:
AGRICULTOR	AV. ENEIDE ALVARES GALÃO	792
Bairro:	Cidade:	Estado:
COHAB	MACHADOS	PE
E-mail:	CEP:	Tel. (DDD):
eudejbr19@bol.com.br	55740-000	(81) 996964577

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ 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)	☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)	Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 2039 7 CONTA: 77256 7 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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 requerimento 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 do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes 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:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
	Vivos: _____ Falecidos: _____	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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Ororó, PE, 13 de novembro 2019

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Jefferson Renan Ribeiro Barbosa

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rede Mais Voce

Via Cliente

DISTRIBUIDORA NOSSA SENH

Pos: 73731001 LT: 253 Doc: 22 Oper: 173731
19/09/19 11:43:23

COBAN: 073731 LOJA: 0001 PDV: 000001
19/09/2019 BANCO DO BRASIL 11:43:23
203973101 CORRESPONDENTE BANCARIA 0053
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUPANCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: JEFFERSON R R BARBOSA

AGENCIA: 2039-7 CONTA: 17.256-1

VARIACAO POUPANCA 51

DATA 19/09/2019

NR. DOCUMENTO 20.397.373.100.053

Boletim de ocorrência



18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 125ª CIRCUNSCRIÇÃO - MACHADOS - DP125ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0215000366

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/09/2019** às **11:46**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **28/6/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 1, R PRINCIPAL, PROX QUADRA** - Bairro: **CENTRO - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA**

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

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA RIBEIRO DONASCIMENTO BARBOZA Pai: **JOSE MARIA BARBOSA** Data de Nascimento: **27/8/1993** Nacionalidade: **MACHADOS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8977200/SDS/PE (RG), 10618495460 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Fixos: **- 87324046**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE MACHADOS, 001, R IVOGAVALCANTE GUERRA - CEP: 0 - Bairro: CONAB - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL**

NAO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA KHG9754 (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS MIX ESD** Objeto apreendido: **NAO**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHG9754 (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO)** Chassi: **8C2KD0510AR010103**
Ano Fabricação/Modelo: **2010/2010**

Complemento / Observação

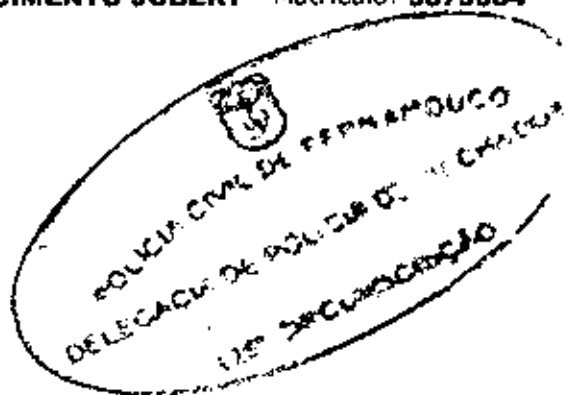
COMPARECEU A DP DE MACHADOS O SR JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA, INFORMANDO QUE NA DATA 28/06/2019 ESTAVA CONDUZINDO SUA MOTOCICLETA E AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO NA VIA PUBLICA SOFREU UMA QUEDA. O MESMO APRESENTOU FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL EDSON ALVARES, SENDO ATENDIDO PELO DR BARRETO CRM 28.381 E TRANSFERIDO NA MESMA DATA PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS. A VITIMA APRESENTOU RESUMO DE ALTA EMITIDO PELO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS, REGISTRO 1089869 ENF 23 LEITO 02. DATA DE ENTRADA 28/06/2019 E DATA DE SAIDA 04/07/2019. DIAGNOSTICO: FRATURA FISIATRICA DE FIBULA ESQUERDA, MEDICA: MONICA MAGALHÃES.

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

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA
(VITIMA)

Edward Nascimento Jubert 80/9602/5000366

B.O. registrado por: EDWARD NASCIMENTO JUBERT - Matrícula: 3873884



Declaração de Inexistência de INL



O PEDIDO DO SEGURO DPVAT
ENCONTRA-SE DIGITALIZADO NA
PASTA/ABA AUTORIZAÇÃO DE
PAGAMENTO

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

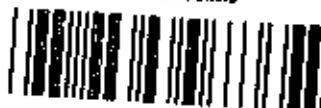
COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-932
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0905943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 115 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Comprovante de residência - Comissão Públicos Delegados
PE: 0800 727 0167 -
de Telefones Fixos
África - ANEEL 167-
nes fixos e tarifada
telefones celulares

Comprovante de residência



DADOS DO CLIENTE

SEVERINA RIBEIRO DO
NASCIMENTO

DATA DE VENCIMENTO

04/11/2019

DATA EMISSÃO DO
FISCAL

28/10/2019

DATA DA APRESENTAÇÃO

28/10/2019

NÚMERO DA NOTA FISCAL

082827586

DATA CONTRATO

1950696016

CLASSIFICAÇÃO

RESIDENCIAL
Monofásico
B1

ENDEREÇO

RUA ENEIDA ALVARES GAIÃO -
COHAB/MACHADOS - 55740-000
MACHADOS PE -

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,48

PERÍODO CONSUMO

25/09/2019 a 28/10/2019

CONSUMO

192

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota 25,00 valor do imposto R\$ 40,24

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui!

CONTA CONTRATO

1950696016

MÊS/ANO

10/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 183,48

VENCIMENTO

04/11/2019

TALÃO DE PAGAMENTO

Evite dobrar e perfurar ou
rasurar.
Este canhoto será usado em
leitora ótica.

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

838900000013 834800110019 950696016102 143211553239



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

Declaração do proprietário do veículo



EU, LEANDRO JOSÉ DA SILVA

RG nº 8505773, data de expedição .../.../...

Órgão SDS-PE, portador do CPF nº 09735370457

com domicílio na cidade de MACHADOS, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SÍTIO DESENGANO, nº 514

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JEFFERSON MENAN RIBEIRO BARBOSA, cujo o condutor era

JEFFERSON MENAN RIBEIRO BARBOSA

Veículo: MOTOCICLETA Modelo: HONDANXR750 BR05 Ano: 2010

Placa: KHG9454 Chassi: 9C2KD0510AR070703

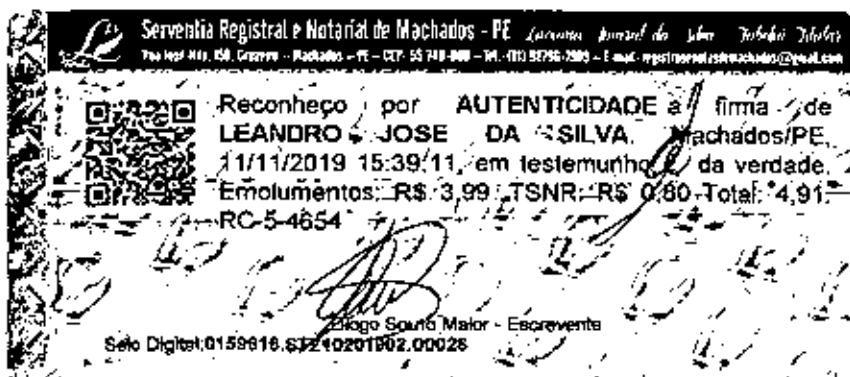
Data do Acidente: 28/06/2019

Local e Data: Ororó, PE, 08 de novembro 2019

Leandro José da Silva

Assinatura do Declarante

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



Documentação médica - hospitalar



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA
portador da Carteira Profissional nº _____ Série
_____ necessita de 15 (QUINZE) dias de afastamento do
trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA

Deverá comparecer ao ambulatório de: TRAUMA
Com 30 DIAS

Recife, 04/07/19

Mônica Magalhães

Médica

CRM-PE 26982

Médico - CRM-

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End: Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Registro: 1089869

Enf: 23

Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 28/06/19

DATA DE SAÍDA: 04/07/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO EM 28/06. SUBMETIDO A LIMPEZA CIRÚRGICA DE FERIMENTO EM PERNA ESQUERDA, SEM COMUNICAÇÃO COM A FRATURA, EM 28/06. EVOLUIU COM BOM ASPECTO DE FERIDA OPERATÓRIA. PACIENTE PSIQUIÁTRICO SE NEGA A REALIZAR CIRURGIA E A FAMÍLIA TAMBÉM PREFERE TRATAMENTO CONSERVADOR. DISCUTIDO CASO COM DR HERMES WAGNER, QUE OPTOU POR TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA. RECEBE ALTA COM ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: TRAUMA
COM: 30 DIAS

Mônica Magalhães

Médico

[Assinatura]

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

	SES
	HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS
End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE
NOME COMPLETO:		Mônica Magalhães Médica CRM-PE 26952
PACIENTE: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA ENDEREÇO: PRESCRIÇÃO: TYLEX 30MG ----- 02 CX TOMAR 01 CP, VO, 8/8H, SE DOR INTENSA CEFALOXINA 500 MG ----- 28 CP TOMAR 01 CP VO 6/6H POR 7 DIAS 04/07/19		
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		Mônica Magalhães Médica CRM-PE 26952
NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ FONE: _____ UF: _____		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ____/____/____

****SES/FUSAM****

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió - Recife - PE PABX 31828500

MARCAÇÃO AMBULATORIAL - PACIENTES INTERNOS

DO SETOR: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PARA:
AMBULATÓRIO

NOME DO PACIENTE: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

REGISTRO: 1089869

ALTA HOSPITALAR EM: 04/07/19.

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE: TRAUMA EM: 30 DIAS

MÉDICO:

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 04/07/19

Mônica Magalhães

Médica

CRM-PE 20982

MÉDICO RESPONSÁVEL E CARIMBO

VISTO - CHEFIA DO AMBULATÓRIO

OBS:

- A. ESTE FORMULÁRIO SÓ SERÁ ACEITO COM PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS;
- B. TERÁ VALIDADE SOMENTE COM ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO DO SETOR SOLICITANTE;
- C. SÓ AGENDAR PACIENTES QUE TENHAM AULA HOSPITALAR E NECESSITEM DE RETORNO



PREFEITURA MUNICIPAL
DE MACHADOS

Revista
Uma nova história



HOSPITAL EDSON ÁLVARES

Rua José Alexandre, 240

Fone: 3649.1162

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 28/06/19 HORA: 09:25h REGISTRO: 22375

NOME: Jefferson Renan Ribeiro Barbosa

SEXO: M IDADE: 26 ESTADO CIVIL: S DATA NASC.: 27/08/93

ENDEREÇO: R. Ivo Cavalcante

RESPONSÁVEL PELO PACIENTE: José Maria Barbosa (pai)

QUEIXAS:

Sintoma de instabilidade da visão há
1h, associado a náuseas do tipo
de desmaio para esquerda.

Ed. consulto o paciente ao
pedido mais detalhado.

co: Ultrassom 1FA JM

Handwritten signature and stamp

PREFEITURA MUN. DE MACHADOS
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ATESTO A CÓPIA CONFORME ORIGINAL
Handwritten signature
Responsável pelo Atesto
MACHADOS, 01/08/19

☒ HOF

Senha 5415482

() INTERNAÇÃO (X) TRANSFERIDO () OBSERVAÇÃO () ÓBITO () ALTA

CÓDIGO PROCEDIMENTO

Handwritten signature
MÉDICO

Handwritten signature
RECEPCIONISTA

CENTRO DE DIAGNÓSTICO



- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX

- MAMOGRAFIA DIGITAL

- DENSITOMETRIA ÓSSEA

- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

- ULTRASSONOGRAFIA

- ESPECIALIDADES MÉDICA

- FISIOTERAPIA

- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA, RG Nº 8.977.200 SDS / PE e CPF 106.184.954-60, foi vítima de acidente de trânsito no dia 28/06/2019 sofrendo FRATURA LUXAÇÃO DO TORNOZELO ESQUERDO, submetido a tratamento conservador no Hospital Otávio de Freitas com aparelho gessado. Atualmente apresenta queixa de dor e edema no tornozelo esquerdo (OSTEOARTROSE PÓS TRAUMÁTICA) e limitação da dorso-flexão do pé esquerdo em grau acentuado e da flexão-plantar em grau moderado. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 18/09/2019

Dr. Roberto de Castro Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 11.730 / RJE 015.7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA

CRM: 11.730

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RUIZ

06K-29

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.977.200

DATA DE EMISSÃO 14/04/2010

NOME << JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA >>

PREÇO << JOSÉ MARIA BARBOSA >>

<< MARIA RIBEIRO DO NASCIMENTO BARBOZA >>

NATURALIDADE MACHADOS - PE

DATA DE NASCIMENTO 27/08/1993

DIG. ORDEM << CN.11891 LA09 F.234V CART. MACHADOS-PE 07.04.1995 >>

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 2008

70.849 - 3022

Documentos de Identificação



BRASIL

Ministério da Fazenda

Recarga Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

106.184.954-60

Nome

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Nascimento

27/08/1993

Emissão

ABR/2010

Deve ser apresentado junto com um documento de identificação

Cópia de uso pessoal e não transferível

CORREIOS

BRASIL

Ministério da Fazenda

Recarga Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição

106.184.954-60

Nome

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Nascimento

27/08/1993

OUT



REPÚBLICA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 014668075481	
PAULISTA LOG - AV. ... CHANEL ... EP. 1932 PARTE ...	
1 P V A	LPVA 319 2017AD 10.36 49.98 101.00
SEM RESERVA hpl 200 125.1/10	

TE Nº 014668075481 11 ME79 DE TERCIO DPVAT	
ESTE É O SEU DILATIVO DO SEGURO DPVAT PARA SEUS DEBITOS DE ... ACORDADO ... SEL DPVAT ...	
PRÊMIO ... 0.00 0.00 0.00	
CONDIÇÃO ... CONDIÇÃO ...	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661941 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
BARBOSA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, SEM BLOQUEIO ARTICULAR, MARCHA LIVRE, SEM DEFICIT DE FORÇA.

Resultados terapêuticos: IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190661941
Nome do(a) Examinado(a): Jefferson Renan Ribeiro Barbosa
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Eneida Alvares Gatao, S/N
Cohab Machados PE CEP: 55740-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8977200
Data local do acidente: [28/06/2019]
Data local do exame: [13/12/2019] RECIFE [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DIAFISÁRIA DE FIBULA ESQUERDA
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA
Complicações: EVOLUI SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, SEM BLOQUEIO ARTICULAR, MARCHA LIVRE, SEM DEFICIT DE FORÇA
- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
() Sim **(X) Não**
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
() "Vítima em tratamento" **(X) "Sem seqüela permanente"**
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias *(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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela): | Região Corporal (Sequela): |
| % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | % do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

Dr. Leonardo de Faria Neves
CPF - 045.955.274-03
CRM/PE - 17742


LEONARDO FARIAS NEVES
Médico
CRM/PE 17742

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419588/19

Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

CPF: 106.184.954-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/06/2019

Titular do CPF: JEFFERSON RENAN
RIBEIRO BARBOSA

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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



JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA : 106.184.954-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA
CPF: 106.184.954-60

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JEFFERSON BEVAN ALBEIRO BARBOSA
 DATA DO ACIDENTE 28-06-2019 CPF DA VÍTIMA 106 784 954 60
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO JEFFERSON BEVAN ALBEIRO BARBOSA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUID PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR AVA EVGIDE ALVARES GAÍÃO
 Nº 192 COMPLEMENTO CASA BAIRRO COHAIB
 CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000
 E-MAIL enoleplato@bol.com.br TELEFONE (81) 996964979

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 ACTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 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 CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 13-11-2019
 IDENTIDADE 89772005DS-PE
 ASSINATURA Jefferson B. B. Barbosa

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 13-11-19
 NOME John Lennon de Lima Silva
 ASSINATURA Ag. Correios/Comercial
Mat. 8.508.254-6

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

COMPANHIA ENERGÉTICA DE PERNAMBUCO

AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0205943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados
do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800 727 0167-
Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-
Ligação Gratuita de telefones fixos e tarifada
na origem para telefones celulares

DADOS DO CLIENTE GREI JOSE DA SILVA	DATA DE VENCIMENTO 11/09/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 03/09/2018	CONTA CONTRATO 2650551012
ENDEREÇO SI DESENGANO 100 -ZONA RURAL MACHADOS/MACHADOS RURAL -55740-000 MACHADOS PE -	TOTAL A PAGAR R\$ 51,38	DATA DA APRESENTAÇÃO 03/09/2018	CLASSIFICAÇÃO RESIDENCIAL Monofásico B1
PERÍODO CONSUMO 03/08/2018 a 03/09/2018	CONSUMO 16	NÚMERO DA NOTA FISCAL 030223057	

ICMS - BASE DE CÁLCULO R\$ 0,00 Alíquota valor do imposto R\$ 0,00

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

VIA PARA PAGAMENTO

Destaque aqui!

CONTA CONTRATO 2650551012	MÊS/ANO 09/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 51,38	VENCIMENTO 11/09/2018	TALÃO DE PAGAMENTO Evite dobrar e perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.
838700000001 513800110025 650551012107 129292702234				AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

LEANDRO JOSE DA SILVA

010 771 013 80

493.453.104-57 11/01/2011

JOSE ALVES NETO

MARIA ANDRADE "ILVA
 ALVES

1217350310

13/01/2011

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

1217350310

13/01/2011

DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661941 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
BARBOSA

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA.

Descrição do exame físico: VITIMA COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA, SEM BLOQUEIO ARTICULAR, MARCHA LIVRE, SEM DEFICIT DE FORÇA.

Resultados terapêuticos: IMOBILIZAÇÃO GESSADA, FEZ FISIOTERAPIA E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 13/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO QUE NÃO EXISTEM SEQUELAS FUNCIONAIS E OU ANATÔMICAS A SEREM INDENIZADAS DECORRENTES DO ACIDENTE, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661941 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
BARBOSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA.
FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @6 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190661941 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO **Data do acidente:** 28/06/2019 **Seguradora:** SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS
BARBOSA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÍBULA ESQUERDA.
FRATURA-LUXAÇÃO DISTAL DE FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @6 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0419588/19

Vítima: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

CPF: 106.184.954-60

Seguradora: SINAF PREVIDENCIAL CIA. DE SEGUROS

Data do acidente: 28/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA : 106.184.954-60

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 27/11/2019
Nome: JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA
CPF: 106.184.954-60

JEFFERSON RENAN RIBEIRO BARBOSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 27/11/2019
Nome: Paulo Victor Soares Sant'Ana
CPF: 102.109.247-99

Paulo Victor Soares Sant'Ana