
Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200270120

Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALCIETE SOARES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados 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, 12 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200270120

Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Data do Acidente: 17/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALCIETE SOARES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: ALCIETE SOARES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002039-7

Conta: 000010015425-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	77225253476	JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO	
Nome completo:		CPF:	
ALCIETE SOARES DA SILVA		07222085459	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AGRICULTORA	RUA EDSON ALVARES	25	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CENTRO	MACHADOS	PE	55740-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
edsonjbrato@bol.com.br	(181) 996964979		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 9039 7 CONTA: 75425 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, Orobo PE, 17 de julho de 2020.
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

x Alciete Soares da Silva
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

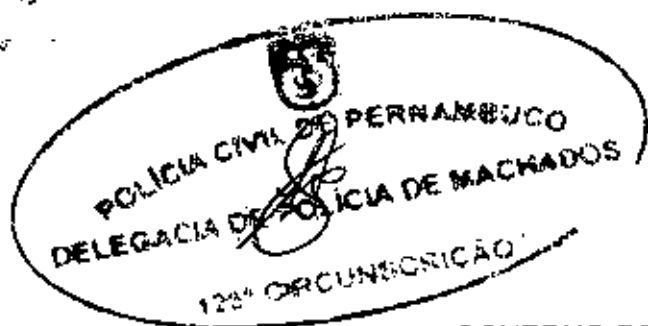
TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO.

22/06/2020 BANCO DO BRASIL 08:56:39
208973000 CORRESPONDENTE BANCARIO 0120
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUQUINCA
EM DINHEIRO

CLIENTE: ALCEIDE SOARES DA SILVA
AGENCIA: 2039 CONTA: 15.425-3



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. 20E0215000130

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/06/2020** às **11:04**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/5/2020** no período da Noite

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE MACHADOS, 001, RUA JOÃO PESSOA GUERRA - Bairro: CENTRO - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: PRÓXIMO AO DESTACAMENTO
Local do Fato: VIA PUBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALCIETE SOARES DA SILVA (NOTICIANTE)
WAGNER DA SILVA DE FARIAS (TESTEMUNHA)
JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WAGNER DA SILVA DE FARIAS

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

JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: ALCIETE SOARES DA SILVA Pai: JOSÉ PEREIRA DE ARAÚJO Data de Nascimento: 20/1/2005 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL
Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MACHADOS, 25, RUA EDSON ALVES - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A EVERALDO

ALCIETE SOARES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino
Mãe: SEVERINA FRANCISCA SOARES Pai: SEVERINO JOSÉ DA SILVA Data de Nascimento: 17/8/1986 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Documentos: 6884013/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 2º. GRAU INCOMPLETO Profissão: COZINHEIRO(A)
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MACHADOS, 25, RUA EDSON ALVES 25 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

WAGNER DA SILVA DE FARIAS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Mãe: MAURICEA SOARES DA SILVA Pai: CRISTIANO MAGALHÃES DE FARIAS Naturalidade: OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE MACHADOS, 001, RUA FELIPE CORREIA - CEP: 0 - Bairro: MACHADINHO - MACHADOS/PERNAMBUCO/BRASIL

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): WAGNER DA SILVA DE FARIAS, que estava em posse do(a) Sr(a):

WAGNER DA SILVA DE FARIAS

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não Número de Série: 9C2HB021DR445797

Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Renavam: 565586939 Chassi: 9C2HB021DR445797

Combustível: GASOLINA

Complemento / Observação

SEGUNDO A VÍTIMA, O MENOR, JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA COM SUA MÃE ALCIETE SOARES DA SILVA PARA RELATAR UM ACIDENTE QUE ELE SOFREU NO MUNICÍPIO DE MACHADOS QUANDO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO. O CONDUTOR E PROPRIETÁRIO DA MOTO, WAGNER DA SILVA DE FARIAS, FREIO A MOTO E VEIO UMA MOTO ATRÁS E COLIDIO. VÍTIMA, QUE FRATUROU TRÊS DEDOS DO PÉ ESQUERDO, FOI CONDUZIDA PARA O HOSPITAL DE MACHADOS PARA FAZER OS PRIMEIROS SOCORROS ÀS 18:00H DO DIA 17/05/2020, REGITRO: 40784, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS, PRONTUÁRIO: 1110138, ONDE ELE FEZ DUAS CIRURGIA.

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

JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO
(VÍTIMA)

ALCIETE SOARES DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: AUGUSTO FERNANDES CORDEIRO DE ANDRADE - Matrícula: 3873064



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	77225253476	JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO	
Nome completo:		CPF:	
ALCIETE SOARES DA SILVA		07222085459	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
AGRICULTORA	RUA EDSON ALVARES	25	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CENTRO	MACHADOS	PE	55740-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
edsonjbrato@bol.com.br	(181) 996964979		

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 9039 7 CONTA: 75425 3
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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.

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 contestação, caso discorde do seu conteúdo.

Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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, Orobo PE, 17 de julho de 2020.
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

x Alciete Soares da Silva
Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO.

22/06/2020 BANCO DO BRASIL 08:56:39
208973000 CORRESPONDENTE BANCARIO 0120
COMPROVANTE DE DEPOSITO EM POUpança
EM DINHEIRO

CLIENTE: ALCEIDE SOARES DA SILVA
AGENCIA: 2039 CONTA: 15.425-3

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE OROBO

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Bel. José Eduardo Gomes, Oficial do Registro Civil de Orobo, PE.

Nº 17080, ELS. 142

CERTIFICO que no livro nº 1A-16, de assentamentos de nascimento, foi feito

no dia 21 do mês de fevereiro de 2005

o registro de JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO

do sexo masculino

no dia vinte de janeiro de dois mil e cinco

às 12 horas 45 minutos, na Casa de Saúde e Maternidade sem

Limoeiro-PE

onde José Pereira de Araújo e Alciete Soares da Silva

brasileiros, ele pernambucano, ela paraibana, agricultores

e residentes no Sítio Jaqueira deste distrito

São avós paternos João Pereira de Araújo (falecido)

e Claudenilva Pereira de Araújo

avós maternos Severino José da Silva

Severina Francisca Soares

foi declarado o próprio pai

Apresentou declaração de Nascido Vivo

Referido e verdade o dou fe

Observações

ATO GRATUITO

QUE COM

IDENTICAD

ALZAÇÃO

Orobo, 21 de fevereiro de 2005

João de G.

OFICIAL DO REGISTRO CIVIL

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 05/08/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALCIETE SOARES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02039-7

CONTA: 000010015425-5

Nr. da Autenticação EB9DC4230E1AAEE7

CENTRO DE DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFIA DIGITAL - RX
- MAMOGRAFIA DIGITAL
- DENSITOMETRIA ÓSSEA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
- ULTRASSONOGRAFIA GERAL

- ENDOSCOPIA DIGESTIVA
- ESPECIALIDADES MÉDICA
- FISIOTERAPIA
- LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
- ODONTOLOGIA

LAUDO MÉDICO

Declaro para os devidos fins, que o Sr. JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAUJO , foi vítima de acidente de trânsito no dia 17/05/2020 sofrendo FRATURA EXPOSTA DO 4º PDE com LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR deste segmento , submetido a tratamento cirúrgico no Hospital Otávio de Freitas (limpeza cirúrgica , redução cruenta e fixação com fio de kirschner e tenorrafia) . Atualmente apresenta queixa de dor no pé esquerdo com limitação da extensão e flexão do 4º pododáctilo esquerdo com edema residual de fratura. Sequelas e alta médica definitiva.

LIMOEIRO, 14/07/2020

Dr. Roberto C. Costa

Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 11.730 SBOT - 7334

ROBERTO DE CASTRO COSTA
CRM: 11.730-PE / SBOT: 7334
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome:
JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Idade:
15 Anos 3 Meses 27 Dias

Nasc.
20/01/2005

Sexo:
MASCULINO

CNS:
898004148096846

Contatos:
81. 96483108 | Celular: 81.

Mãe:
ALCIETE SOARES DA SILVA

Endereço:
RUA EDSON ALVES, N.º 1 - S/N BAIRRO: COHAB - CIDADE: MACHADOS - UF: PE

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 17/05/2020 21:29

Prontuário: 1111311

Nº. Atendimento: 3451620

Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO
LIMA

Admissão

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE MOTOCLISTICO HA +- 3 HORAS

História Clínica

PACIENTE COM DOR, FERIMENTO E DEFORMIDADE EM PE ESQUERDO APOS ACIDENTE MOTOCICLISTICO, QUEIXA AINDA COM DOR E DEFORMIDADE EM MAO ESQUERDA

Exame Físico

S QDE COM DESVIO EM VARO, SEM FERIMENTO
EXTENSO FERIMENTO EM DORSO DO PE ESQUERDO COM VISIVEL LESAO TENDINEA E EXPOSICAO OSSEA

Observações

RX - FX DA FALANGE PROXIMAL DO 5 QDE
FX DO 3 METATARSO E DE 3,4 E 5 PODODACTILOS

Conduta

FACO REDUÇAO DA FX DA MAO, CURATIVO DO PE
SOL RX CONTROLE DA MAO
INTERNO PARA CIRURGIA DE URGENCIA

ANA LECIA CARNEIRO LEAO DE ARAUJO LIMA - CRM: Nº.20645

Data/Hora: 17/05/2020 - 21:29


Dra. Lécia Lima
Cirurgia de Mão
CRM 20645

De acordo com
original
CADASTRADO
SACRE/HOF

17.05.2020 - paciente com E.G. Regular, com sinais vitais, afétil, deambulando com dificuldade, não relato dor.

[Signature]
Enfermeira
Cristina de Azevedo

18/05/2020 - Enfermeira 07:32 hrs.

Paciente, admitido E.G.R. consciente, orientado, respirando 3mo, AP em MS, marga HAS, DM, alergia - nenhuma, diabetes II, submetido ao Bico cirúrgico.

[Signature]
Enfermeira
Cristina de Azevedo
Cristina de Azevedo

18/05/2020 Fisioterapia motora (030005001-3)

Realizado omeioterapia, digel, pasta. P.O.T. Realizado OR e posicionamento no leito.

[Signature]
Enfermeira
Cristina de Azevedo
Cristina de Azevedo

Em 19/5/20 fisioterapia motora.

Realizada omeioterapia ativa 1 DPO. mas antes, laves + or. sobre neuromas to no leito.

[Signature]
Enfermeira
Cristina de Azevedo
Cristina de Azevedo

Em 20/5/20 fisioterapia motora

Realizada omeioterapia ativa dos ant. laves e posicionamento no leito.

A *[Signature]*

22/05/2020

Fisio antes (030005001-3) Realizado de laves e posicionamento no leito.

[Signature]
Enfermeira
Cristina de Azevedo
Cristina de Azevedo

[Signature]

[Signature]
Enfermeira
Cristina de Azevedo
Cristina de Azevedo



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAUJO		Nº DO REGISTRO: 1111311
CLÍNICO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA		Nº DO LEITO: 26-03
OPERADOR: DR MARCO LIMA		
1º ASSISTENTE: DRA LIS COELHO	2º ASSISTENTE: DR MATEUS MUNIZ	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DR EVERTON	
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA		
DATA DA OPERAÇÃO: 21/05/2020	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: LESÃO TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE		
OPERAÇÃO REALIZADA: O MESMO		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. Esvaziamento e garroteamento de MIE
3. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
4. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS
5. INCISÃO SOB LESÃO PRÉVIA E AMPLIAÇÃO DA INCISÃO COM TÉCNICA EM Z
6. VISUALIZADO LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE
7. REALIZADA TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR DO 4º PDE
8. SUTURA DA PELE
9. CURATIVO
10. RETIRADO GARROTE E VISUALIZADO BOA PERFUSÃO DISTAL
11. TALA BOTA EXTENSÃO DO PÉ E DEDOS
12. A SR



SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Paciente: JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAUJO

REG: 1111311

Cirurgião: THALES COUCEIRO

1º Auxiliar: MARINA HIRSCHLE

Anestesista: DULCIDIO

Anestesia: RAQUI

Data da Operação: 18/05/2020

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA EXPOSTA ANTEPÉ ESQ

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Operação Proposta: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA 3º METATARSO ESQ + FRATURA F1 3º, 4º E 5º ARTELHOS ESQ

Operação Realizada: O MESMO

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE SOB ANESTESIA GERAL. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA COM CLOREXIDINE;
2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS.
3. OBSERVADO EXTENSO FERIMENTO EM DORSO ANTEPÉ DIR A NÍVEL DE RAO, COM LESÃO DE TENDÃO EXTENSOR 4º PDE. FERIMENTOS EM BASE DE 5º PDE SEMICIRCULARES. DISSECÇÃO POR PLANOS.
4. IDENTIFICAÇÃO DE FRATURA 3ºMTT ESQ + FRATURA F1 3º, 4º E 5º PDE.
5. REALIZADA LIMPEZA CIRÚRGICA EXAUSTIVA COM SF 0,9% ABUNDANTE EM FRATURAS E FERIMENTOS.
6. FRATURA 3º MTT ESQ REDUZIDA E ESTÁVEL. REALIZADA REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSÍNTESE COM 01 FIO DE KIRSCHNER 1,5 EM F1 4ºPDE SOB FLUOROSCOPIA.
7. NÃO REALIZADA TENORRAFIA POIS NECESSITAVA DE AMPLIAÇÃO E INCISÃO E HAVERIA POSSIBILIDADE DE NECROSE DE PELE NO PO OPERATÓRIO IMEDIATO. REALIZADA FIXAÇÃO DE TENDÃO LESADO (COT PROXIMAL) A OUTRO TENDÃO EXENSOR.
8. SUTURA.
9. CURATIVO. ADESIVO E TALA BOTA. BOA PERFUSÃO DISTAL AO FIM DO PROCEDIMENTO.

Dra. Marina Hirschle
Ortopedia e Traumatologia
Unidade de Ortopedia
CRM 37.727 - RCD 11652
RECEBI DO 100001.5797-2



****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: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

PRONTUÁRIO Nº: 1110138 ALTA HOSPITALAR: 22/5/2020

RETORNAR AO AMBULATÓRIO DE PÉ

EM 15 DIAS

DR: SANDRELLI

MOTIVO: ACOMPANHAMENTO

RECIFE, 22/5/2020

BRUNO C. S. LIMA
MÉDICO
CRM: 28949

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 AO AMBULATÓRIO (1º RETORNO)

**SES****HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS**

End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejió – Recife – PE PABX 31828500


RESUMO DE ALTA

Nome: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO		
Reg: 1111311	Enf: 26	Leito: 03
DATA DE ENTRADA: 17/05/2020	DATA DE SAÍDA: 22/05/2020	
DIAGNÓSTICO DE ENTRADA: FRATURA EXPOSTA PE ESQUERDO COM LESAO TENDINEA		
DIAGNÓSTICO FINAL: O MESMO		
EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA): PACIENTE SUBMETIDO A TENORRAFIA DE TENDÃO EXTENSOR LONGO DO 4º PDE E FIXAÇÃO DE FRAURA PACIENTE EVOLUIU BEM NO PÓS OPERATÓRIO, COM FO COM BOM ASPECTO. RECEBE ALTA COM DEVIDAS ORIENTAÇÕES.		
DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: ORTOPEDIA PARA CONTROLE EM: 15 DIAS		
 Médico Responsável - CRM		

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITASINST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE**ATESTADO MÉDICO**

ATESTO que o segurado JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.


CRM: 28949

Recife, 22/05/2020

Médico – CRM-PE

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 85 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 OTÁVIO DE FREITAS
Pernambuco End. Rua Aprígio Guimarães S/N Tejupó-Recife-PE PABX 3182-8500

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Jr. Diego da Silva Amigo Registro: 4111311
Clínica: Traumatologia Procedência: _____

LAUDO MÉDICO

Paciente de 15 anos com história de acidente com motocicleta evoluindo com fratura exposta de ZPE + lesões tendíneas, necessitou de 2 cirurgias neste serviço.
Evoluindo com dor e limitação do movimento.
Grato.

Cir: 592
596.

Mateus Muniz
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 28.851


Data: 18/06/20

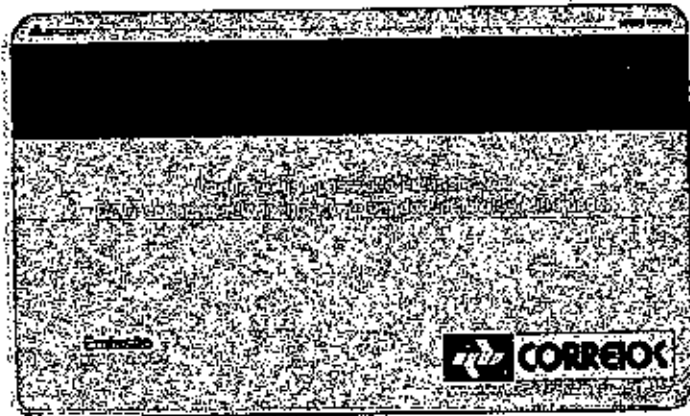
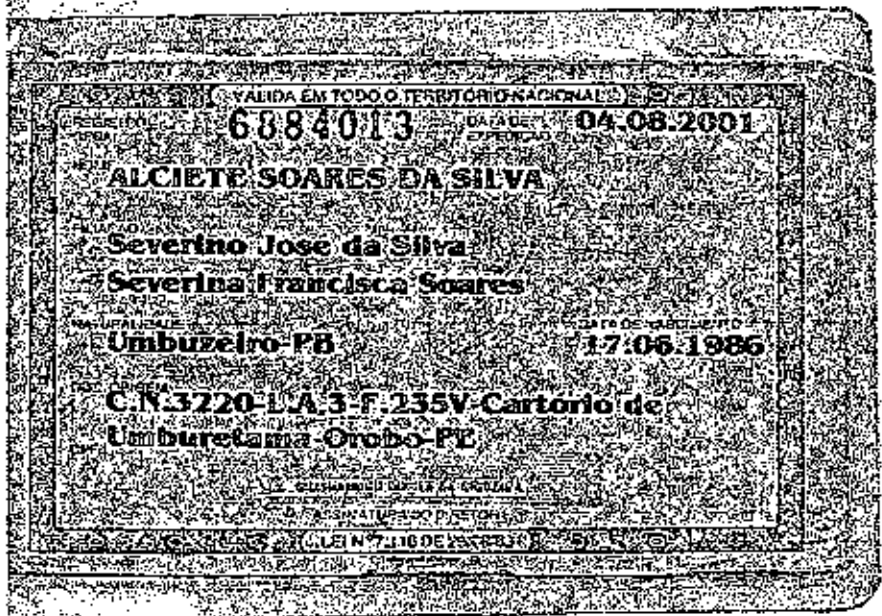
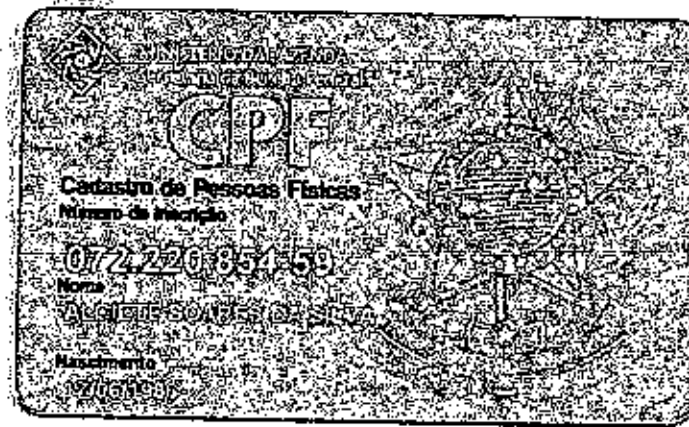
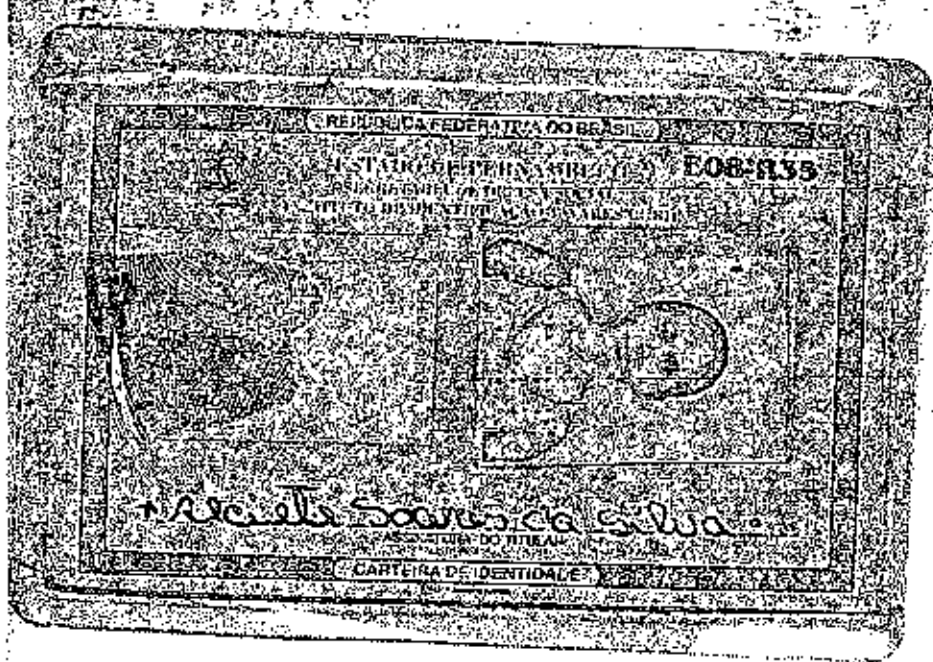
Médico-CRM

**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: CRM-PE:	
PACIENTE: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO ENDEREÇO: PRESCRIÇÃO: CEFALEXINA 500MG TOMAR 01 CP DE 6/6H POR 7 DIAS 22/5/2020	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
NOME: _____ IDENTIDADE: _____ ORG EMISSOR: _____ END: _____ CIDADE: _____ FONE: _____ UF: _____	28CP Bruno Carvalho Médico CRM: 28949  ASSINATURA DO FARMACEUTICO DATA: ____/____/____





Ministério da Fazenda
Receita Federal



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

172.252.534-76

Nome

JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

Nascimento

20/01/2005

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE 013814950444
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COTA RENAVAM PATRÃO EXERCÍCIO
 1 565586939 ***** 2018

VAGNER DA SILVA DE FARIAS

OROBÓ-PE

131-115-984-38 PGO9746

9C2HB0210DR445797

TIPO DE VEÍCULO COMBUSTÍVEL
 PAS - MOTOCICLONISTA GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FABR. - ANO USO
 HONDA/POP100 2013-12019

CAPACIDADE CATEGORIA COR PRINCIPAL
 2P/97CL PARTIC PRETA

VEICULO ÚNICO NÃO COTA ÚNICA
 IEVA 2018 QUITADO

TABELA IVA COTA LICENCIAMENTO COTA
 1 ***** 2 ***** 3 *****

PREÇO TARIFÁRIO PREÇO ORÇÃO DATA DE PAGAMENTO
 SEGURO PAGO R\$ 22,40 R\$ 19,00

SEM RESERVA

OROBÓ-PE 23/01/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
 Diretor Presidente de TRAN/PE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
 E/OU SEUS BENS OU NAO SEGURO DPVAT

PE Nº 013814950444 BILHETE DE SEGURO DPVAT
 VAGNER DA SILVA DE FARIAS

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 022 1204

OROBÓ-PE EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
 2018 23/01/18

VIA COTA RENAVAM PATRÃO EXERCÍCIO
 1 565586939 ***** 2018

MARCA/MODELO ANO FABR. - ANO USO
 HONDA/POP100 2013-109

9C2HB0210DR445797

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS R\$ GENATIAN R\$ CUSTO DO SEGURO R\$

CUSTO DO BILHETE R\$ COT R\$ TOTAL A SER PAGO SEM O BIC

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
 COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-03

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
 E NÃO PRECISE PRESENTAR O BILHETE

DET-2017

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200270120 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO **Data do acidente:** 17/05/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2,3,5,6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

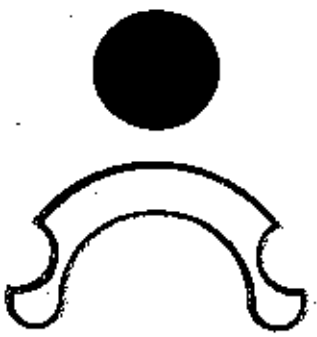
**Documentos
complementares:**

Observações: (P1) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 14/07/2020.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00



Seguro DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito



SERVIÇO GRATUITO AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA SEGURADORA LÍDER - DPVAT

DESTINATÁRIO / Recipient		TELEFONE / Phone Number	
SEGURADORA LÍDER DPVAT			
ENDEREÇO / Address			
RUA SENADOR DANTAS, Nº 74, 15º ANDAR, CENTRO			
CEP Zip	CIDADE City	UF / State	PAÍS / Country
20037-205	RIO DE JANEIRO	RJ	

ATENDIMENTO





Seguro
DPVAT

O Seguro do Acidente de Trânsito

**SERVIÇO GRATUITO
AO BENEFICIÁRIO
POSTAGEM CUSTEADA PELA
SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

PEDIDO DE SEGURO DPVAT

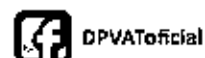
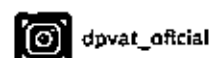
site: www.seguradoralider.com.br

Central de Atendimento:

4020-1596 (Regiões Metropolitanas) de segunda a sexta das 8h às 20h.

0800 022 12 04 (Outras Regiões) de segunda a sexta das 8h às 20h.

SAC: 0800 022 8189 24 horas por dia



BLOG: www.viverseguronotransito.com.br

ATENDIMENTO



REMETENTE / Sender		TELEFONE / Phone Number	
JOSÉ DIEGO DA SILVA ARAÚJO		(81) 996964979	
ENDEREÇO / Address			
RUA EDSON ALVARES, Nº 25, CENTRO			
CEP / Zip	CIDADE / City	UF/State	PAÍS / Country
55740-000	MACHADOS	PE	



"RECICLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE"



DEVOLUÇÃO (Return) (Cr15)	
<input type="checkbox"/> MUDOU-SE (Moved)	<input type="checkbox"/> FALECIDO (Deceased)
<input type="checkbox"/> RECUSADO (Refused)	<input type="checkbox"/> ENDEREÇO INSUFICIENTE (Insufficient Address)
<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO (Unknown)	<input type="checkbox"/> NÃO EXISTE O NÚMERO INDICADO (Non-existing Number)
<input type="checkbox"/> NÃO PROCURADO (Undelivered)	<input type="checkbox"/> OUTROS (Other)
<input type="checkbox"/> AUSENTE (Absent)
TENTATIVAS DE ENTREGA (Delivery Attempts)	
1ª / / às 2ª / / às 3ª / / às	
<input type="checkbox"/> Informação prestada pelo porteiro ou síndico (Information provided for doorman or condo manager)	
<input type="checkbox"/> Reintegrado ao serviço postal em / / (Reinstated to service post)	
Data / / Responsável	

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO
 DATA DO ACIDENTE 17-05-2020 CPF DA VÍTIMA 172.252.534-76
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ALLIETE SOARES DA SILVA
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA (X) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É MÃE
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EDSON ALVARES
 Nº 95 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO
 CIDADE MACHADOS UF PE CEP 55740-000
 E-MAIL enclaybr70@bol.com.br TELEFONE (81) 996964979

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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)
 (X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
 (X) 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
 (X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 (X) 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, 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 DE 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

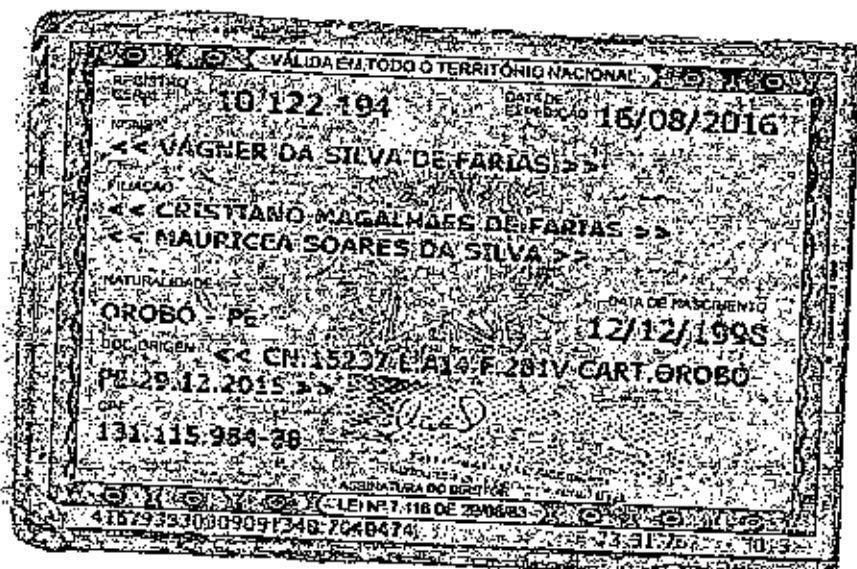
- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL 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 17-07-2020
 IDENTIDADE 6884013 SP5 PE
 ASSINATURA Alliete Soares da Silva

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA 17-07-2020
 NOME John Lennon de Lima Silva
 ASSINATURA Ag. Correios/Comercial
Mat. 8.508/254-6



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200270120 **Cidade:** Machados **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO **Data do acidente:** 17/05/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 3º, 4º E 5º PODODÁCTILOS DO PÉ ESQUERDO COM LESÃO DO TENDÃO EXTENSOR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA. (P1,2,3,5,6)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO 4º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO 4º PODODÁCTILO DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: (P1) CONFORME RELATÓRIO MÉDICO, DATA 14/07/2020.

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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
		Total	5 %	R\$ 675,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0212083/20

Vítima: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

CPF: 172.252.534-76

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 17/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE DIEGO DA SILVA ARAUJO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ALCIETE SOARES DA SILVA : 072.220.854-59

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 29/07/2020
Nome: ALCIETE SOARES DA SILVA
CPF: 072.220.854-59

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/07/2020
Nome: JULIANA MARQUES RODRIGUES
CPF: 149.018.967-09

ALCIETE SOARES DA SILVA

JULIANA MARQUES RODRIGUES