



11/02/2021

Número: **0008378-18.2020.8.17.3130**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Cível da Comarca de Petrolina**

Última distribuição : **15/12/2020**

Valor da causa: **R\$ 10.293,75**

Assuntos: **Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes			Procurador/Terceiro vinculado
EDENEALVES DE SOUZA DIAS (AUTOR)			ANA LUIZA NUNES MARTINS DANTAS (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
75046300	11/02/2021 11:21	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546894

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do Acidente: 26/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS

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,

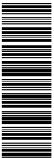
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14825304

Pag. 01925/01926 - carta_01 - INVALIDEZ

00010963





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546894

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do Acidente: 26/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, pois o entregue não permite a leitura das informações.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01727/01728 - carta_03 - INVALIDEZ

00040864



Carta nº 14825529





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546894

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do Acidente: 26/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS

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

Pag. 01415/01416 - carta_02 - INVALIDEZ

00050708



Carta nº 14978467





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 07 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546894

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do Acidente: 26/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

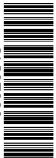
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01037/01038 - carta_25 - INVALIDEZ

00020519





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546894

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do Acidente: 26/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

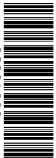
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01359/01360 - carta_25 - INVALIDEZ

00010680





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 04 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190546894

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do Acidente: 26/02/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDENEALVES DE SOUZA DIAS

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\$ 3.206,25

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Valor: R\$ 3.206,25

Banco: 237

Agência: 000003101-1

Conta: 00000121359-8

Tipo: CONTA CORRENTE

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

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 108.374.684-77 Nome completo da vítima: Edenivaldes de Souza Dias

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

Nome completo: Edenivaldes de Souza Dias CPF: 108.374.684-77
Profissão: trabalhador rural Endereço: Riocho do Salgado Número: _____ Complemento: _____
Bairro: Zona Rural Cidade: Casa nova Estado: BA CEP: 47300-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 74-988394536

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)

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

AGÊNCIA: 0812 CONTA: 013.00083687-3
(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.

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 discordo 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 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: petrolina 16/09/2019
Nome: Edenivaldes de Souza Dias
CPF: 108.374.684-77

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Edenivaldes de Souza Dias
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEI

1º | N

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

Autorização de pagamento



Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

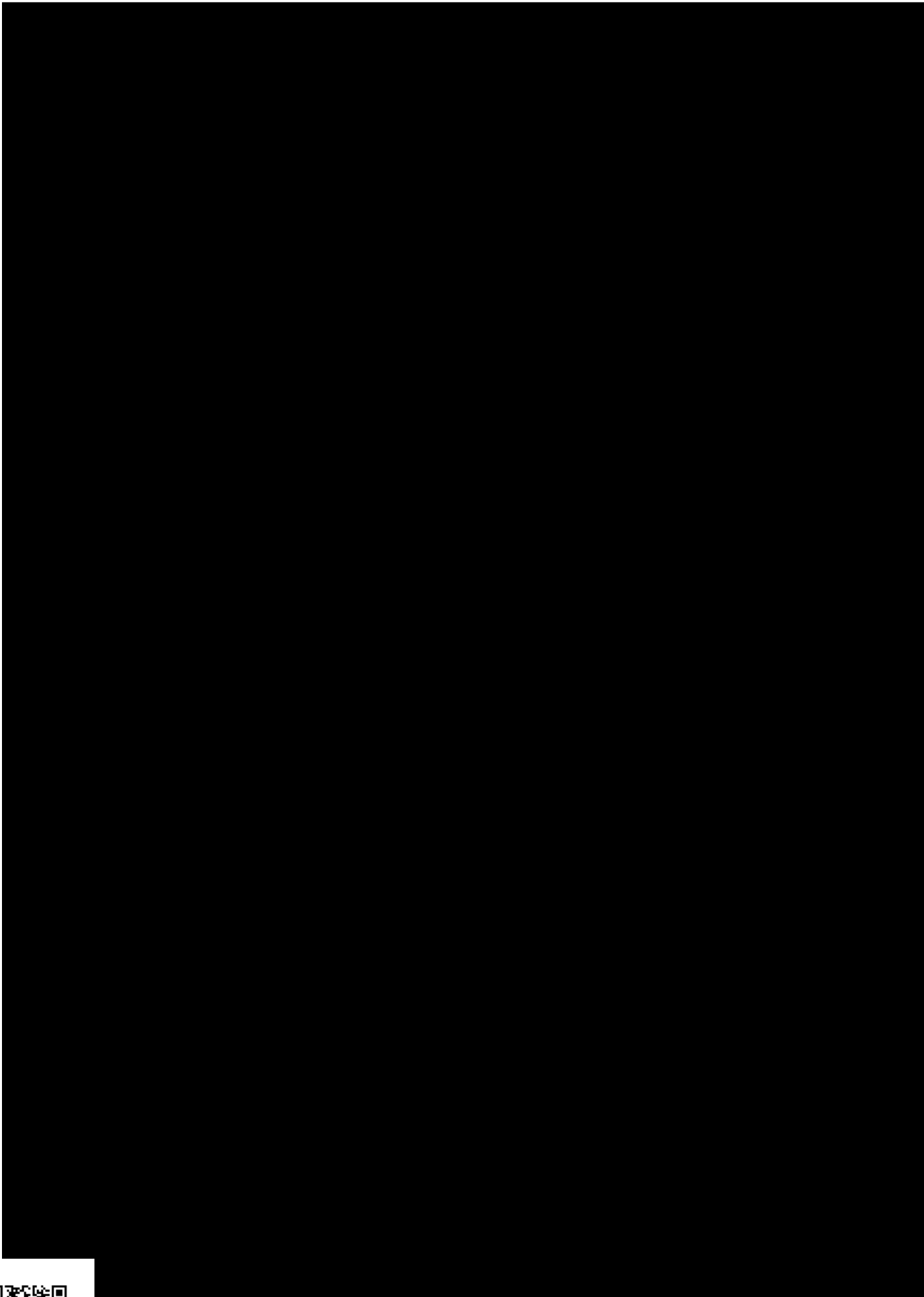
Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

FPS.001 V001/2018





diário de Ocorrência

file:///C:/Users/lin71/Infopol/xxm/17/02/2021/11/21/215182200000073550378

A INVESTIGAR - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

MARCELO TOMAZ ROSENDO - MAT 31670-1 - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

ANTUNES MARTINS - MAT 115213-0 - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

SD BEZERRA - MAT 116393-1 - 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)

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVELO/MITSUBISHI/MÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Sim**
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Piaca: **KMD5661 (FERNAMBUCCO/MÃO INFORMADO)** Renavam: **122944728** Chassi: **03XRUK7409C863032**
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009**
 Descrição: **1200 OUTDOOR**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/MXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Sim**
 Cor: **AMARELA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Piaca: **KLD8662 (FERNAMBUCCO/MÃO INFORMADO)** Renavam: **968172528** Chassi: **0C2KDD3122R0433E1**
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2008**

Complemento / Observação

CHEGOU AO CONHECIMENTO DESTA DPOL DE PLANTÃO ATRAVÉS DO BO PMPE N° 0467/17, QUE HOUVE UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NA ZONA RURAL DESTA URBE, NA RE 647, PX AO ASSENTAMENTO ÁGUA VIVA 1, ONDE DOIS VEÍCULOS COLIDIRAM, UMA PICK L200 E UMA MOTOCICLETA BROSS, ESTA INVALIDOU A FAIXA CONTRÁRIA CHOCANDO-SE COM O VEÍCULO L200, QUE TRAFEGAVA SENTIDO PETROLINA, O MOTOCUEIRO TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA, FICANDO HOSPITALIZADO NO BLOCO CIRÚRGICO, OS VEÍCULOS TIVERAM VÁRIAS AVÁVIAS (DANOS) ESSES FORAM APRESENTADOS NESTA DP. OBS: O PRESENTE BOE PCPE FOI REGISTRADO NESTA DATA, EM RAZÃO O BO PMPE N° 0467/17 TER SIDO ENCAMINHADO, NA ÉPOCA, PELA DP DE PLANTÃO A DP DA ÁREA PARA PROVIDÊNCIA CASUÍFIS.

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

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv/infopol/m/VECEPreview.ht

Condutor da ocorrência:Nome: **SAMUEL DO N. REIS**Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **990024-5** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **5º BPM - 5º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR**E.O. registrado por: **FLAVIO LUCAS DE SOUZA COSTA** - Matrícula: **2737209**Flávio Lucas de S. Costa
Comissário de Polícia Civil
Matrícula: 273.760-9

Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/infz/.infopol/xm/BOEPreview.htm



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE PLANTAO - 213ª CIRCUNSCRIÇÃO
PETROLINA**



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E2149006314

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 16/09/2019 às 10:53

Número do Aviso de Atendimento: 0497/17

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 26/2/2017 às 18:50

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, RODOVIA
ESTADUAL PE 647 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO
/BRASIL**
Local do Fato: **OUTRO LOCAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

A INVESTIGAR (AUTOR/AGENTE)
LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA (OUTRO)
MARCELO TOMAZ ROSENDO - MAT 31670-1 (OUTRO)
ANTUNES MARTINS - MAT 115713-0 (OUTRO)
SD BEZERRA - MAT 116398-1 (OUTRO)
EDENEALVES DE SOUZA DIAS (VÍTIMA)

Boletim de ocorrência



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
SR(a): EDENEALVES DE SOUZA DIAS
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
SR(a): LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA

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

LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ZAYRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA Pai: ARLINDO DOS REIS DE SOUZA
Data de Nascimento: 26/10/1986 Naturalidade: JUAZEIRO / BAHIA / BRASIL
Endereço Residencial: BAIRRO DE JARDIM AMAZONAS (BAIRRO), 234, RUA S - CEP: 55000-000 - Bairro: JARDIM AMAZONAS - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL

EDENEALVES DE SOUZA DIAS (não presente no plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA Pai: JOSE ELIELSON DIAS DA SILVA Data de Nascimento: 13/8/1983 Naturalidade: JUAZEIRO / BAHIA / BRASIL
Residência: POVOADO RIACHO DO COBRADO - CASA NOVA/BAHIA/BRASIL



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/in71.infopol/xm/View.htm

A INVESTIGAR - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

MARCELO TOMAZ ROSENDO - MAT 31870-1 - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

ANTUNES MARTINS - MAT 115213-0 - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

SD BEZERRA - MAT 116258-1 - 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)

VEICULO 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **LAIRA TUPINÁ BRAGA DE SOUZA**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEI/MITSUBISHI/NAO INFORMADO** Objeto apreendido: **Sim**
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KKD5861** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **122944720** Chassi: **93XRUK7400G853002**
 Ano Fabricação/Modelo: **2008/2009**
 Descrição: **L200 OUTDOOR**

VEICULO 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 125 BROS ES** Objeto apreendido: **Sim**
 Cor: **AMARELA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLD6663** (PERNAMBUCO/NAO INFORMADO) Renavam: **865172520** Chassi: **9C2KD03308R043351**
 Ano Fabricação/Modelo: **2000/2000**

Complemento / Observação

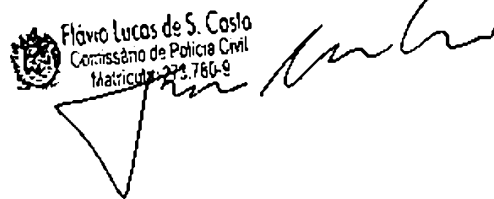
CHEGOU AO CONHECIMENTO DESTA DPOL DE PLANTÃO ATRAVÉS DO BO DPME N° 6487/17, QUE HOVE UM ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO NA ZONA RURAL DESTA URBE, NA PE 047, PX AO ASSENTAMENTO ÁGUA VIVA 1, ONDE DOIS VEÍCULOS COLIDIRAM, UMA PICK L200 E UMA MOTOCICLETA BROS, ESTA INVALIDOU A FAIXA CONTRÁRIA CHOCANDO-SE COM O VEÍCULO L200, QUE TRAFEGAVA SENTIDO PETROLINA, O MOTOCUEIRO TEVE FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA E FOI SOCORRIDO PELO SAMU AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE PETROLINA, FICANDO HOSPITALIZADO NO BLOCO CIRÚRGICO, OS VEÍCULOS TIVERAM VÁRIAS AVÁRIAS (DANOS) ESSES FORAM APRESENTADOS NESTA DP. OBS: O PRESENTE BOE PODE FOI REGISTRADO NESTA DATA, EM RAZÃO O BO DPME N° 6487/17 TER SIDO ENCAMINHADO, NA ÉPOCA, PELA DP DE PLANTÃO A DP DA ÁREA PARA PROVIDÊNCIA CABÍVEIS.

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



Boletim de Ocorrência

file:///C:/Users/inv7/informal/xm/BOEPreview.htm

Condutor da ocorrência:Nome: **SAMUEL DO N. REIS**Cargo: **SARGENTO** - Função: **NÃO INFORMADO** - Matrícula: **228624-5** - Prefixo da viatura: - Unidade Operacional: **3º. BPM - 3º BATALHÃO DE POLÍCIA MILITAR**B.O. registrado por: **FLAVIO LUCAS DE SOUZA COSTA** - Matrícula: **273766-9**25^o UP
25^o UP
1^o Distrito de Patrocínio
Flávio Lucas de S. Costa
Comissário de Polícia Civil
Matrícula: 273.766-9

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.206,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03101-1

CONTA: 000000121359-8

Nr. Autenticação

BRADESCO3101202005000000000023703101000000121359320625 PAGO



Comptons de France



DADOS DO CLIENTE
CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
PO RUA CHOCOLATE 17

CPF: 598 851 324-53
CLASSIFICACAO

PLACHT DO SOBRADO PLACHT DO SOBRADO
CASA NOVA BA
47300-000

BU RESIDENTIAL
RESIDENTIAL

7809241831		06/2019	
DATA DE VENCIMENTO		DATA DE PAGAMENTO	
19/08/2019		11/09/2019	
TOTAL A PAGAR		101,35	

399845730	UNCA	12082018
12082018	1010760497	1098751

13087010 101076097 1038751

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
117,0000000	0,7830500*	92,91
Consumo Alcool (WHY)		1,56
Acrescimo Bandeira AMARELA		2,48
Acrescimo Bandeira VERMELHA		3,37
Consumo Rum PULCER Municipal		1,28
Multa por atraso NF 374242700 - 11/08/18		0,54
Multa por atraso NF 374242770 - 11/08/18		0,45
Multa por atraso NF 374242700 - 11/08/18		

TOTAL DA FATURA

CONTROLE DE CONSUMO DE CONSUMÍVEIS DE CUSTÓDIA									
Nº DO IMPRIMTOR	TIPO DE FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CÍDULO	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (MM3)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
1000889-10	Cal	11/07/2018	30.259,00	18/08/2018	30.673,00	73	1,00000		117,80

[illegible]

Aspettando che questa parte del vostro intervento si riferisca a quanto è accaduto, possiamo dire che, come tutti gli italiani, noi siamo molto preoccupati per la situazione della nostra comunità. Spero che la vostra visita, che ha avuto luogo il 20 gennaio, sia stata molto fruttuosa. Spero che la vostra visita, che ha avuto luogo il 20 gennaio, sia stata molto fruttuosa. Spero che la vostra visita, che ha avuto luogo il 20 gennaio, sia stata molto fruttuosa.

[illegible]

ID Paciente : 8

Nome : EDENEALVES DE SOUZA DIAS

323059_1

Data : 02/09/2019 10:06:34

19/02/1993



Documentacao medico - hospitalar



EBSERH

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

AMBULATÓRIO - HU/UNIVASF

Hospital de Ensino da Universidade Federal do Vale do São Francisco

Dr. Washington Antônio Barros

Avenida José de Sá Marquês, S/nº - Centro - 56304-205 Petrolina - PE. 87 2101-6511/2101-6500

UNIVASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
VALE DO SÃO FRANCISCO

RECEITUÁRIO

NOME: EDENILDO DE LOUZA DIASLargo Médico

Dedando pl. os devidos fins ave o
PACIENTE ACIMA CITADO APRESENTOU-SE COM
FRATURA EM MÃO ESQUERDA E RÍBIA ES-
QUERDA. EVOLUIU COM CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
DE FRATURA DA MÃO ESQUERDA E OSTEOMI-
ELITE CRÔNICA DA RÍBIA ESQUERDA. FOI
SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PL
OSTEOMIELITE, NO MOMENTO, COM CONSOLI-
DAÇÃO ÓSSEA.

DATA: 02 / 09 / 19Dr. Tarcísio Pires
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE: 19.490

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTÔNIO DE BARROS

RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

PACIENTE: **EDENEALVES DE SOUSA DIAS**

IDADE: **24**

DATA DE ADMISSÃO: **26/02/17**

DATA DE ALTA: **22/03/17**

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

FRATURA TIBIA ESQUERDA

HISTÓRIA CLÍNICA/ EVOLUÇÃO

SUBMETIDO A OSTEOSSINTESE EM TIBIA ESQUERDA

ALTA PARA SEGUIMENTO AMBULATORIAL

CID S82

Michella Mendes Pereira
Assistente Administrativa
UNIVASF / EBSERH
SIAPG: 219.2

MEDICAÇÃO E CONDUTA PÓS-ALTA

**NÃO PISAR ATÉ 2º ORDEM
SEGUIMENTO AMBULATORIAL
CURATIVO EM UBS**

ORTOPÉDIA - 15 DIAS

HU -
CONF. 82.09.2017
Data:

PETROLINA-PE **22/03/17**



Ficha de Atendimento

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 50502814

Paciente: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Mãe: CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA

Endereço: RUA DOIS, nº 170 - ASSENTAMENTO AGUA VIVA I / PETROLINA (PE)

CNS: 704606611510623

Doc. Identificação: 9063352

Nasc.: 19/02/1993

Idade: 24

Telefone: (74) 988478954

Telefone: (74) 988595584

Classificação de Risco / Anamnese

OK

Hora de início da Triagem: _____

TRAUMA	ESTADO GERAL	EXTREMIDADES
☐ Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐ PA Branca ☐ PAF ☐ Violência ☐ Outros	☐ Bom ☐ Regular ☐ Precário ☐ Hidratada ☐ Desidratada /4+ ☐ Acianóticas ☐ Cianóticas /4+ ☐ Hipocoradas ☐ Anictéricas ☐ Ictéricas	☐ Bem Perfundidas ☐ Mal Perfundidas

Carlos Sandro Eugenio
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF-EBSERH
SIAPE: 2249676

QUEIXA PRINCIPAL	SINAIS VITAIS	PUB. HOS. UNIVASF
	Pressão Arterial: _____ Mmhg FC: _____ min. T= _____ °C P= _____ bpm Freq. Reso.= _____ Rpm	☐ PUPILAS ☐ HOS. UNIVASF ☐ COMPRE O ORIGINAL ☐ DATA: _____ ☐ ADI: _____

Data/Hora do Término da Triagem

Enfermeiro/Coren

ANAMNESE DO MÉDICO

Exame físico: rotina de exame de corpo inteiro. Refere estar com
dor no abdômen. Refere náusea. Não há vômito. Refere
dor no abdômen. Refere dor no abdômen. Refere
dor no abdômen. Refere dor no abdômen.

Fc 88bpm

FR: 18rpm

SAT: 96%.

AE: MVD no abd.

AE: P. no abd. no abd.

AE: P. no abd. no abd.

AE: P. no abd. no abd.

ss. Paciente: _____

GD: Paciente -

Saida: _____

Dr. Haroldo Araújo
Cirurgião Geral
CREMEPE 25.287

Data de Impressão: 26/02/2017

Hora: 20.11



Carlos Sandro Eugenio
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF-EBSERH
SIAPE: 2249676



#Amigo quer#

Recebo hr de exames para cultura de
- teste de domínio consuetudinário
Recebo valor anual: na cultura

cd: - Alto ao amigo quer
- acompanhamento de empresa

Dr. Haroldo Augusto Sampaio
Cirurgião Geral
CREMEPE 25.287

IX Tmmento

26/08/17

Por Vítima de acidente motorizado
por colisão. Informar história
pregressa, com dor + formigamento
nos C e dor + formigamento + dor
de pernas C. Nos membros
sem dor consuetudinária. Referir traumas

Alcoólicos

Reg. Consuetudinária e orientado, exames, M
ECG: 15. S. Insuficiência cardíaca

Dor + formigamento nos C

Formigamento nos C + dor
+ dor

LISTA DE EXAMES REALIZADOS		
REG.	LOT.	HR.
000000	000000	000000
EXAME SOLICITADO	05/08/17 17:55	
RES. EXAME	Leucograma Permea	
RES. EX.	Glicemia	

Mo. Permea ETP. Osos nos C + CTP
Osos Permea

CD - acompanhamento motorizado





SUS

Sistema Único de Saúde
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDENEALVES DE SOUZA DIAS

8 - CNS

704606611510623

9 - RG

9063352

10 - CPF

10837468477

11 - NASCIMENTO

19/02/1993

12 - SEXO

M

6 - ACOMPANHANTE

☒ Sim ☐ Não

7 - FRONTEIRA

50502814

15 - NOME DA MÃE

CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

16 - TELEFONE DE CONTATO

(74) 986478954

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - ENDEREÇO

RUA DOIS, nº 170 - ASSENTAMENTO AGUA VIVA I

20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

21 - CÓD. IBGE

2611101

22 - UF

PE

23 - CEP

56300001

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Autos Motociclistas com Fratura em ossos perna esquerda

25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fratura + RX

Carlos Sandro Eugenio
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF
SIAPE: 2249676

26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES)

RX

0413040178
0408020210

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura 679 ossos perna

28 - CID 10 PRINCIPAL

S82

29 - CID 10

30 - CID 10 C. ASSOCIADAS

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

36 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOLICITANTE

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. Paulo Dionísio

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/08/17

39 - ASS. CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

40 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - CNPJ DA SEGURADORA

46 - CNPJ EMPRESA

44 - N. DO ACIDENTE

47 - CNAE EMPRESA

45 - SÉRIE

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

50 - NOME PROF. AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

51 - CÓD. ORGÃO

56 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

52 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

53 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR

54 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

27-02-17

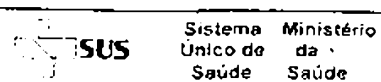
55 - ASSINATURA E CARIMBO (N. REG. CONSELHO)



Carlos Sandro Eugenio
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF-EBSERH
SIAPE: 2249676

[Handwritten signature]





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
2 - ENDEREÇO
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
4 - ENDEREÇO

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
6 - NOME DO PACIENTE
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO
10 - DATA DE NASCIMENTO
11 - NOME DA MÃE
12 - NOME DO RESPONSÁVEL
13 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
15 - DATA DE NASCIMENTO
16 - DATA DE NASCIMENTO
17 - DATA DE NASCIMENTO
18 - DATA DE NASCIMENTO
19 - DATA DE NASCIMENTO
20 - DATA DE NASCIMENTO
21 - DATA DE NASCIMENTO
22 - DATA DE NASCIMENTO
23 - DATA DE NASCIMENTO
24 - DATA DE NASCIMENTO
25 - DATA DE NASCIMENTO
26 - DATA DE NASCIMENTO
27 - DATA DE NASCIMENTO
28 - DATA DE NASCIMENTO
29 - DATA DE NASCIMENTO
30 - DATA DE NASCIMENTO
31 - DATA DE NASCIMENTO
32 - DATA DE NASCIMENTO
33 - DATA DE NASCIMENTO
34 - DATA DE NASCIMENTO
35 - DATA DE NASCIMENTO
36 - DATA DE NASCIMENTO
37 - DATA DE NASCIMENTO
38 - DATA DE NASCIMENTO
39 - DATA DE NASCIMENTO
40 - DATA DE NASCIMENTO
41 - DATA DE NASCIMENTO
42 - DATA DE NASCIMENTO
43 - DATA DE NASCIMENTO
44 - DATA DE NASCIMENTO
45 - DATA DE NASCIMENTO
46 - DATA DE NASCIMENTO
47 - DATA DE NASCIMENTO
48 - DATA DE NASCIMENTO
49 - DATA DE NASCIMENTO
50 - DATA DE NASCIMENTO
51 - DATA DE NASCIMENTO
52 - DATA DE NASCIMENTO
53 - DATA DE NASCIMENTO
54 - DATA DE NASCIMENTO
55 - DATA DE NASCIMENTO
56 - DATA DE NASCIMENTO
57 - DATA DE NASCIMENTO
58 - DATA DE NASCIMENTO
59 - DATA DE NASCIMENTO
60 - DATA DE NASCIMENTO
61 - DATA DE NASCIMENTO
62 - DATA DE NASCIMENTO
63 - DATA DE NASCIMENTO
64 - DATA DE NASCIMENTO
65 - DATA DE NASCIMENTO
66 - DATA DE NASCIMENTO
67 - DATA DE NASCIMENTO
68 - DATA DE NASCIMENTO
69 - DATA DE NASCIMENTO
70 - DATA DE NASCIMENTO
71 - DATA DE NASCIMENTO
72 - DATA DE NASCIMENTO
73 - DATA DE NASCIMENTO
74 - DATA DE NASCIMENTO
75 - DATA DE NASCIMENTO
76 - DATA DE NASCIMENTO
77 - DATA DE NASCIMENTO
78 - DATA DE NASCIMENTO
79 - DATA DE NASCIMENTO
80 - DATA DE NASCIMENTO
81 - DATA DE NASCIMENTO
82 - DATA DE NASCIMENTO
83 - DATA DE NASCIMENTO
84 - DATA DE NASCIMENTO
85 - DATA DE NASCIMENTO
86 - DATA DE NASCIMENTO
87 - DATA DE NASCIMENTO
88 - DATA DE NASCIMENTO
89 - DATA DE NASCIMENTO
90 - DATA DE NASCIMENTO
91 - DATA DE NASCIMENTO
92 - DATA DE NASCIMENTO
93 - DATA DE NASCIMENTO
94 - DATA DE NASCIMENTO
95 - DATA DE NASCIMENTO
96 - DATA DE NASCIMENTO
97 - DATA DE NASCIMENTO
98 - DATA DE NASCIMENTO
99 - DATA DE NASCIMENTO
100 - DATA DE NASCIMENTO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

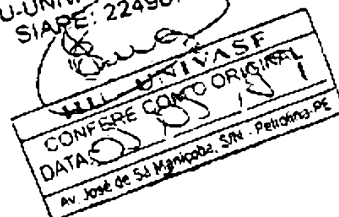
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Carlos Sandro Eugenio
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF-EBSEH
SIARE: 2249878



23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - DATA DE INTERNAÇÃO

25 - DATA DE INTERNAÇÃO

26 - DATA DE INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CONS/PE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - DATA DA SOLICITAÇÃO

36 - DATA DA SOLICITAÇÃO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CNPJ DA SEGURADORA

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

44 - CEGR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() SEM VÍNCULO

() SEM VÍNCULO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Nº DOCUMENTO (CONS/PE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - Nº DOCUMENTO (CONS/PE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CONS/PE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

23/03/17

261410624 628-0



Carlos Sandro Eugenio
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF-EBSERH
SIAPE: 2249876

Carlos Sandro Eugenio

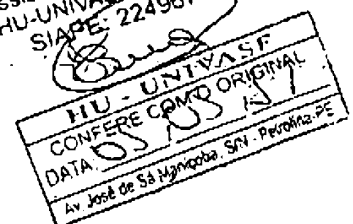


DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: <u>Fernando de Souza Ramos</u>		DATA INTERNAÇÃO: <u>26/02/12</u>
DIAGNOSTICO: <u>Fratura exposta no T. 3ºs tórax</u>		DATA CIRURGIA: <u>26/02/12</u>
PROCEDIMENTO: <u>Tratando com alça de fixação externa</u>		INÍCIO:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Wilson Dias</u>	Anestesista:	TERMINO:
CIRURGIÃO: <u>Dr. Leonardo</u>		
1º aux:	2º Aux:	
Anestesia:		
1) Incisão em curvatura normal das costelas 2) Incisão, separação da pele 3) Fixação da alça externa 4) Incisão curvada ao longo da costela (C) 5) Haverá uma <u>descompressão</u> da tórax 6) Realizar fixação da alça com <u>fixação externa</u> com tórax (C) 7) Sutura no fere 8) Curativo <u>Obs: Operar com alça externa e tórax curativo</u>		

Dr. Fernando
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF-EBSERH
SIAPE: 2249876

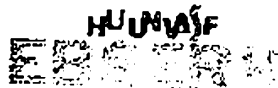
Carlos Sandro Eugenio
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF-EBSERH
SIAPE: 2249876



Carlos Sandro Eugenio
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF-EBSERH
SIAPE: 2249676

Carlos Sandro Eugenio



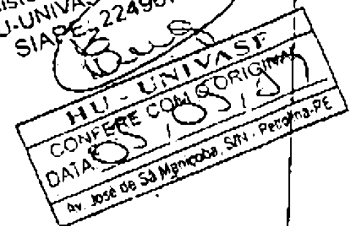


DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: <u>EDNE ALVES D. S. NUNES</u>		DATA INTERNAÇÃO
DIAGNOSTICO: <u>FRAT. CONTUSIVA PUNHA (E)</u>		DATA CIRURGIA: <u>21/03/12</u>
PROCEDIMENTO: <u>Redução + Fixação</u>		INÍCIO:
CIRURGIÃO: <u>Dr. George</u>	Anestesiista: <u>Dr. Milena</u>	TERMINO:
CIRURGIÃO:		
1º aux.:	2º Aux.:	
Anestesia:		

- ① Frete obrigatório para sedação
- ② Assépsia + Antissépsia
- ③ Incisões prox e distal ao local da fratura
- ④ Redução + fixação da punha técnica e, parte da artéria rotoscopia
- ⑤ Lavagem das feridas
- ⑥ Curativos para pontos
- ⑦ Curativo

Carlos Sandro Eugenio
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF-EBSERH
SIAPE: 2249676



Dr. George J. B. de Oliveira
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE 120116-PA 1199

Dr. George J. B. de Oliveira
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE 120116-PA 1199

Dr. George J. B. de Oliveira
Ortopedia-Traumatologia
CRM-PE 120116-PA 1199



Carlos Sandro Eugenio
Assistente Administrativo
HU-UNIVASF-EBSERH
SIAPE: 2249676

[Handwritten signature]



EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data Nasc. **19/02/1993 00:00:** Idade: **26**

Dr.(a) **HUMBERTO ARTUR SILVA SA** Dt Atendimento:

Dados de Acesso: **<http://exames.huunivasf.edu.br>**

Usuário: **50502814**

Senha: **4**



Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADÁSTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Numero de inscrição
108.374.684-77

Nome
EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Nascimento
19/02/1993

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **9.063.352** DATA DE EXPEDIÇÃO **25/08/2010**

NOME
<< EDENEALVES DE SOUZA DIAS >>

FILIAÇÃO
<< JOSÉ ELIELSON DIAS DA SILVA >>
<< CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA >>

NATURALIDADE
JUAZEIRO - BA DATA DE NASCIMENTO
19/02/1993

DOC OP: GFM << CN 79361 L 149 F 202-V CART SEDE PETROLINA-PE EXP EM 26/03/1993. >>

CPF

ASSINATURA DO DISPENSA

LEI Nº 116 DE 28/08/83 F-39 90.971 - 4632

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BUIEL

CAC 01

Foto e impressão digital

Edenealves de Souza Dias
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA DEFESA
CERTIFICADO DE DISPENSA
DE INCORPORAÇÃO
C S M

Nº **190842** SÉRIE: S

R A
211782082054

NOME
EDENEALVES DE SOUZA DIAS

EM CASO DE CONVOCAÇÃO DEVE APRESENTAR-SE IMEDIATAMENTE

Emissão: Casa Nova, BA, 28/jan/2011

FILIAÇÃO

PAI
JOSÉ ELIELSON DIAS DA SILVA

MÃE
CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA

DATA NASC. NATURALIDADE
19/02/1993 JUAZEIRO - BA

Dispensado do Serviço Militar inicial em
por **21 de janeiro de 2011.**
residir em município não tributário

Cmt/Ch ou Dir
ARNALDO FREIRE DE CARVALHO - 2. TEN
Delegado da Serviço Militar da 16ª Div Sº Mil/21ª CSM

PROIBIDO PLASTIFICAR

TÍTULO ELEITORAL IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

NOME DO ELEITOR
EDENEALVES DE SOUZA DIAS

DATA DE NASCIMENTO **19/02/1993** Nº de inscrição **13700197 0558** ZONA **066** SEÇÃO **0233**

MUNICÍPIO (UF)
CASA NOVA (BA) DATA DE EMISSÃO
30/11/2017

JURAMENTO ELEITORAL

DES. JOSÉ EDIVALDO ROCHA ROTONDANO
Presidente do TRE-BA

POLEGAR DIREITO

Edenealves de Souza Dias
ASSINATURA OU IMPRESSÃO DIGITAL DO ELEITOR



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190546894

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do acidente: 26/02/2017

Seguradora: MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA MÃO ESQUERDA
FRATURA DA TIBIA ESQUERDA.
26-02-2017

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DE 3 E 5 DEDOS COM DEFICIT LEVE DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR E
LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO DORSAL DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM SINTESE OSSEA
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO CARPO METACARPO ESQUERDA
EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida:

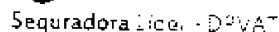
Observações:

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DE VIDA

SECRET

all Expenditures are deductible from gross income to arrive at adjusted gross income.

CP# 1

E RENDA MENSAL: 00

SEGLRU DPVAT 10-11-1971

PRVAT A EFETUJAN G LITERE DE ALDROAC CON A LIAE I N I T I A L E S

1. A Encargado(a) do curso deverá apresentar, para a análise e aprovação, o projeto de curso, o qual deverá ser elaborado em conformidade com o modelo de projeto de curso disponível no site do MEC, e o qual deverá ser aprovado pelo Conselho de Curso, antes de ser submetido ao Conselho de Faculdade. O projeto de curso deverá ser elaborado em conformidade com o modelo de projeto de curso disponível no site do MEC, e o qual deverá ser aprovado pelo Conselho de Curso, antes de ser submetido ao Conselho de Faculdade. O projeto de curso deverá ser elaborado em conformidade com o modelo de projeto de curso disponível no site do MEC, e o qual deverá ser aprovado pelo Conselho de Curso, antes de ser submetido ao Conselho de Faculdade.

Para evitar reprodução indevida, este material encontra-se protegido por uma senha. Para obter a senha, clique no link: <http://www.inec.org.br/inec/inec2012/inec2012.htm>

- [illegible]

IMPORTANTE: Este formulário deve ser preenchido com o nome da pessoa em questão e com o endereço para onde o formulário deve ser enviado. Se a pessoa não estiver em casa, por favor, deixe o formulário em uma caixa de correio ou em um local seguro onde ela possa ser encontrada. Se a pessoa não estiver em casa, por favor, deixe o formulário em uma caixa de correio ou em um local seguro onde ela possa ser encontrada.

PARA CRÉDITO: 2007-10-17 11:00:00

N.º do BANCO 2471, 1.ª CATEGORIA, 1.ª SUBCATEGORIA, 31/11/2014, 1.ª FOLHA DE 124 855-8

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

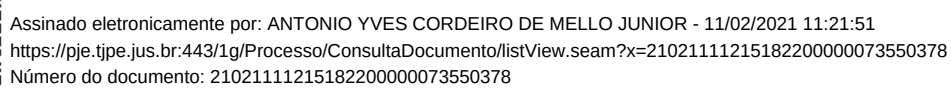
W do BANCOD... ..

DECLARO QUE A TODA LA ACTUACIÓN DE LOS CONDOMINIOS EN EL PRESENTE SE LE OTORGA EL VALOR DE UN DOCUMENTO PÚBLICO
DE ACORDO CON LA INFORMACIÓN PRESENTADA POR EL CONDOMINIO Y LA VERIFICACIÓN DEL REGISTRO PÚBLICO.

1955-1956 1957-1958 1959-1960 1961-1962 1963-1964 1965-1966 1967-1968 1969-1970 1971-1972 1973-1974 1975-1976 1977-1978 1979-1980 1981-1982 1983-1984 1985-1986 1987-1988 1989-1990 1991-1992 1993-1994 1995-1996 1997-1998 1999-2000 2001-2002 2003-2004 2005-2006 2007-2008 2009-2010 2011-2012 2013-2014 2015-2016 2017-2018 2019-2020 2021-2022 2023-2024 2025-2026 2027-2028 2029-2030 2031-2032 2033-2034 2035-2036 2037-2038 2039-2040 2041-2042 2043-2044 2045-2046 2047-2048 2049-2050 2051-2052 2053-2054 2055-2056 2057-2058 2059-2060 2061-2062 2063-2064 2065-2066 2067-2068 2069-2070 2071-2072 2073-2074 2075-2076 2077-2078 2079-2080 2081-2082 2083-2084 2085-2086 2087-2088 2089-2090 2091-2092 2093-2094 2095-2096 2097-2098 2099-2100 2101-2102 2103-2104 2105-2106 2107-2108 2109-2110 2111-2112 2113-2114 2115-2116 2117-2118 2119-2120 2121-2122 2123-2124 2125-2126 2127-2128 2129-2130 2131-2132 2133-2134 2135-2136 2137-2138 2139-2140 2141-2142 2143-2144 2145-2146 2147-2148 2149-2150 2151-2152 2153-2154 2155-2156 2157-2158 2159-2160 2161-2162 2163-2164 2165-2166 2167-2168 2169-2170 2171-2172 2173-2174 2175-2176 2177-2178 2179-2180 2181-2182 2183-2184 2185-2186 2187-2188 2189-2190 2191-2192 2193-2194 2195-2196 2197-2198 2199-2200 2201-2202 2203-2204 2205-2206 2207-2208 2209-2210 2211-2212 2213-2214 2215-2216 2217-2218 2219-2220 2221-2222 2223-2224 2225-2226 2227-2228 2229-2230 2231-2232 2233-2234 2235-2236 2237-2238 2239-2240 2241-2242 2243-2244 2245-2246 2247-2248 2249-2250 2251-2252 2253-2254 2255-2256 2257-2258 2259-2260 2261-2262 2263-2264 2265-2266 2267-2268 2269-2270 2271-2272 2273-2274 2275-2276 2277-2278 2279-2280 2281-2282 2283-2284 2285-2286 2287-2288 2289-2290 2291-2292 2293-2294 2295-2296 2297-2298 2299-2300 2301-2302 2303-2304 2305-2306 2307-2308 2309-2310 2311-2312 2313-2314 2315-2316 2317-2318 2319-2320 2321-2322 2323-2324 2325-2326 2327-2328 2329-2330 2331-2332 2333-2334 2335-2336 2337-2338 2339-2340 2341-2342 2343-2344 2345-2346 2347-2348 2349-2350 2351-2352 2353-2354 2355-2356 2357-2358 2359-2360 2361-2362 2363-2364 2365-2366 2367-2368 2369-2370 2371-2372 2373-2374 2375-2376 2377-2378 2379-2380 2381-2382 2383-2384 2385-2386 2387-2388 2389-2390 2391-2392 2393-2394 2395-2396 2397-2398 2399-2400 2401-2402 2403-2404 2405-2406 2407-2408 2409-2410 2411-2412 2413-2414 2415-2416 2417-2418 2419-2420 2421-2422 2423-2424 2425-2426 2427-2428 2429-2430 2431-2432 2433-2434 2435-2436 2437-2438 2439-2440 2441-2442 2443-2444 2445-2446 2447-2448 2449-2450 2451-2452 2453-2454 2455-2456 2457-2458 2459-2460 2461-2462 2463-2464 2465-2466 2467-2468 2469-2470 2471-2472 2473-2474 2475-2476 2477-2478 2479-2480 2481-2482 2483-2484 2485-2486 2487-2488 2489-2490 2491-2492 2493-2494 2495-2496 2497-2498 2499-2500

[illegible]

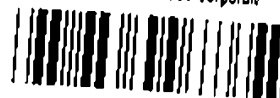
Acetic acid : 3.101/1 100%
 Ethanol : 0.7/0%
 Water : 100%
 Total : 100%







Lauda do IML - Lesões corporais



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



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 37602 / 2019

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA
Ofício nº 480/2019 Data 6/9/2019
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLICIA DA 213A. CIRCUNSCRICAO - PETROLINA

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 09:54 do dia 6 de Setembro de 2019, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de EDENEALVES DE SOUZA DIAS filho(a) de JOSE ELIELSON DIAS DA SILVA e de CELITA DE SOUZA ALCANTARA SILVA, de cor Parda, sexo Masculino, cabelo Liso, estado civil Convivente/Amasiado (a), aparentando a idade de 26 Anos, peso Normal, de estatura Média, natural de JUAZEIRO - BA, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 8063352, profissão TRABALHADOR RURAL, endereço POVOADO DE RIACHO DO SOBRADO, complemento: NÃO INFORMADO, bairro RIACHO DO SOBRADO, telefone/s NÃO INFORMADO, CASA NOVA - BA, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Periciando vítima de acidente de moto em 26-02-2017. Traz relatório que consta: Admitido no Hospital de Traumas com fratura da mão esquerda e da tibia esquerda. Evoluiu após a cirurgia com consolidação viciosa de fratura da mão e osteomielite crônica da tibia esquerda.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

Presença de 5º dedo da mão esquerda em garra(consolidação viciosa da fratura); presença de extensa cicatriz irregular, hipercrômica, áreas de retração e edema, localizada em face anterior de toda a perna esquerda.

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

O periciando apresenta lesões visíveis ao momento do exame pericial

QUESITOS:

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

Sim

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

Instrumento contundente.

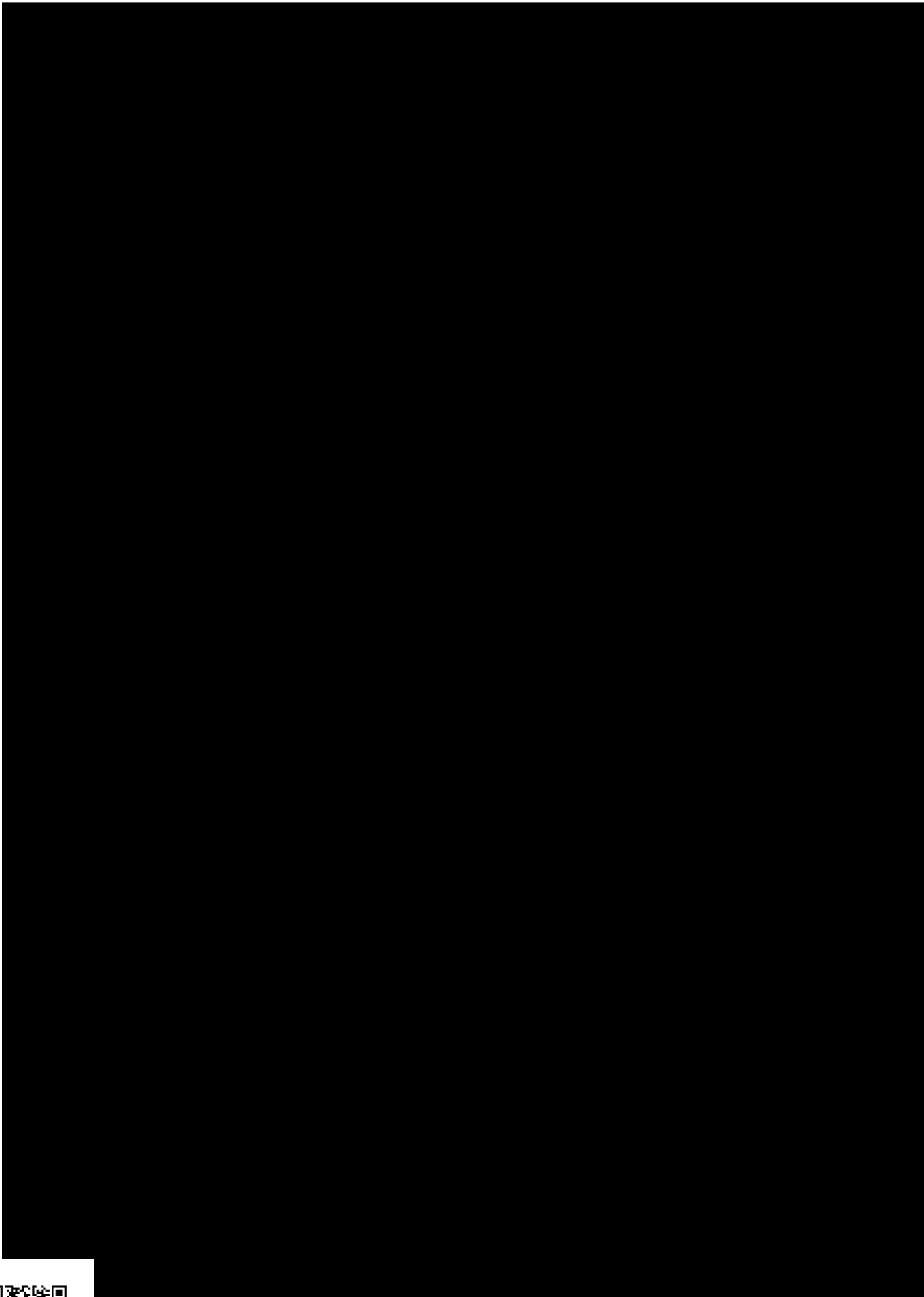
3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim. Incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 dias; debilidade da função motora da mão esquerda

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

Sim. Deformidade pelas cicatrizes.





RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder de
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329157/19

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

CPF: 108.374.684-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2017

Títular do CPF: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

Laudos do IML - Lesões corporais

Outros

Outros



EDENEALVES DE SOUZA DIAS : 108.374.684-77

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: 23/09/2019
Nome: EDENEALVES DE SOUZA DIAS
CPF: 108.374.684-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/09/2019
Nome: DAIANE SANTOS BARBOZA
CPF: 124.570.097-90

EDENEALVES DE SOUZA DIAS

DAIANE SANTOS BARBOZA



PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

COBERTURA SOLICITADA

☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☐ MORTE

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Edenivaldes de Souza Dias
Data do Acidente: 26/02/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 108.374.684-79

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoralider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596/ Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original
- ☐ Certidão de óbito da vítima – cópia autêntica
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando solicitado

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao IML Federal, ou prova de dependência através de reconhecimento a União Estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE -**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao IML ou Decisão Judicial que reconheça a união
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado por ambos
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÔ)**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A), TIA (A))**
 - ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
 - ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
 - ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima (cópia simples)
 - ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR

Portador da documentação (Nome): Edenivaldes de Souza Dias
Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário
E-mail: _____
Data: 16/09/2019 Assinatura: _____

RESPONSÁVEL

Ponto de Atendimento (Nome do ponto): _____
Atendente: _____
Data: _____ Assinatura: _____



COBERTURA SOLICITADA

☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)** ☐ **MORTE**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA

Vítima: Edenivalves de Sousa Dias
Data do Acidente: 26/09/2019 Possui CPF: ☒ Sim ☐ Não Nº CPF: 108.374.684-77

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do Representante Legal (cópia simples), ou declaração de residência (original)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares
- Todos os documentos devem estar legíveis
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradolider.com.br ou ligue grátis para Central de Atendimento: Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras Regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML – ☐ Sim ☒ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☒ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☒ CPF da vítima (cópia simples)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☒ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – ☐ Sim ☐ Não – original ou cópia autenticada
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (recibos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os receituários médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial – original
- ☐ Certidão de Óbito da vítima – cópia autenticada
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório – quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os:
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) – somente quando necessário

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS

BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)

- ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO(A)

- ☒ Prova de companheirismo junto ao INSS Federal, ou prova de dependência atre reconhecendo a União Estável (cópia)

BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE –

- ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS ou Decisão Judicial que reconheça a união
- ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia)
- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Termo de Conciliação (original), assinado por ambos

BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÔ)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)

BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO, TIA)

- ☐ Formulário do Pedido do Seguro DPVAT (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima – quando necessário
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR

Portador da documentação (Nome): Edenivalves

Quem é o portador? ☐ Vítima ☒ Beneficiário

E-mail:

Data: 16/09/2019 Assinatura:

RESPONSÁVEL

Ponto de Atendimento (Nome do ponto):

Atendente:

Data: Assinatura:



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329157/19

Número do Sinistro: 3190546894

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

CPF: 108.374.684-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2017

Titular do CPF: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

Outros



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: 10/10/2019
Nome: EDENEALVES DE SOUZA DIAS
CPF: 108.374.684-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Alexandre Tavares Belfort



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190546894

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do acidente: 26/02/2017

Seguradora: MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA MÃO ESQUERDA
FRATURA DA TIBIA ESQUERDA.
26-02-2017

Descrição do exame físico: APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DE 3 E 5 DEDOS COM DEFICIT LEVE DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR E
LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO DORSAL DE TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM SINTESE OSSEA
TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO CARPO METACARPO ESQUERDA
EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: Limitação funcional da mão esquerda, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 25/10/2019

Conduta mantida:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			23,75 %	R\$ 3.206,25



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190546894

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do acidente: 26/02/2017

Seguradora: MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MÃO ESQUERDA.
FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA(OSTEOMELITE CRÔNICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: #. 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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190546894

Cidade: Petrolina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Data do acidente: 26/02/2017

Seguradora: MONGERAL AEGON
SEGUROS E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE MÃO ESQUERDA.
FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA(OSTEOMELITE CRÔNICA).

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento
faltante:

Apontamento do Laudo
do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das
sequelas:

Documentos
complementares:

Observações: #. 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.

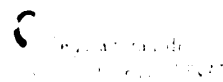
Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0329157/19

Número do Sinistro: 3190546894

Vítima: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

CPF: 108.374.684-77

CPF de: Próprio

Data do acidente: 26/02/2017

Titular do CPF: EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Seguradora: MONGERAL AEGON SEGUROS E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Outros

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: 10/10/2019
Nome: EDENEALVES DE SOUZA DIAS
CPF: 108.374.684-77

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Alexandre Tavares Belfort
CPF: 024.208.707-86

EDENEALVES DE SOUZA DIAS

Alexandre Tavares Belfort



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190546894**

Nome do(a) Examinado(a): **EDENEALVES DE SOUZA DIAS**

Endereço do(a) Examinado(a):

POV RIACHO DO SOBRADO, 17 - ZONA RURAL - Casa Nova - BA - CEP 47300-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **9063352**

Data e local do acidente: [**26/02/2017**] **PETROLINA**

Data e local do exame: [**25/10/2019**] **Petrolina** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DA MÃO ESQUERDA FRATURA DA TIBIA ESQUERDA. 26-02-2017

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

APRESENTA LIMITAÇÃO DA FLEXÃO DE 3 E 5 DEDOS COM DEFICIT LEVE DA FORÇA DE PREENSÃO PALMAR E LIMITAÇÃO LEVE DA FLEXÃO DORSAL DE TORNOZELO ESQUERDO

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[☒] Sim [☐] Não

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

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA TIBIA ESQUERDA COM SINTESE OSSEA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA LUXAÇÃO CARPO METACARPO ESQUERDA EVOLUIU SEM INTERCORRENCIAS ALTA MÉDICA

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional da mão esquerda, Limitação funcional do tornozelo esquerdo

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 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"
Esta avaliação médica deve ser
repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não
existem lesões diretamente decorrentes de
acidente de trânsito que não sejam
suscetíveis de amenização proporcionada
por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Mão esquerda

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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

Raimundo Marcelo Coimbra de Souza - CRM: 5145 - PE

