



Atendimento: 483235

Senha da Classificação:

Data e Hora: 23/06/2019 07:23

0016

Paciente: 126835 ADILSON IGNORADO

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 23/06/1996 Idade: 23 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: IGNORADO IGNORADO

Nome do Pai:

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA CIRURGIA GERAL

CRM: 12347

Endereço: ENGENHO UMBU

Bairro: CENTRO

Cidade/UF: GOIANA

PE

Usuário Atendimento: DARLIANEDSL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

ALX610 / AINEL
DIPIRONA

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora: 7:23

Queixa Principal

Quanto vítima queda de moto há 03 horas, apresentando: machucado em punha esquerda e dor cervical. Sem perda de consciência no local ou vômitos. Rf. Nada queixas no momento.

Exame Físico

A: Via aérea permeável em uma linha central.
B: Pulso radial presente, sup. e inf. em AA. FC: 74 bpm PA: 140 x 90. SatO₂: 98%.
C: Estômago bem desenvolvido, não palpável.
D: E: AD: 4 x 5 - 3 x 4 - 2 x 4. Hipófitas presentes e foliáceas.
F: Fratura exposta em cara D; lesão em Mão esquerda.

Hipótese Diagnóstico

Politrauma.

Fratura exposta M.D.

Prescrição Médica

QDj: Solução Isonitro + Rx Trauma.
Fecho prescrição.
Aguarda avaliação da Ortopedia.

4 SOT#

Levante com auxílio de 20% em COXA (D) + Antebraço (D) + Mão (E). Id: 3 horas após queda de moto.

Uso: Orelhas / Lábios / Ombros / Dorcas.

Alcof: AINEL / DIPIRONA

Assinatura e Carimbo/Médico

AFRANCA LDO DE ALVES

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

Senha:

() Encaminhado ao setor de Internação

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 23/06/2019 07:07


Nome Paciente: ADILSON JOSE DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 23/06/1996
Sexo: Masculino
Idade: 23
Senha: 0016
Convênio:
Atendimento:
SAME:

CG +
07/07

Período: 23/06/2019 07:16 - 23/06/2019 07:22

MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - Classificação

Prioridade: **EMERGENCIA VERMELHO**

Cor:  VERMELHO

Queixa Principal: PACIENTE EM AR AMBIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO NEGA VÔMITO, DESMAIO
C/ SINAIS DE FRAT. EM MID

Observação: VINDO C/ SAMU / NÃO SABE INFORMAR

Programa sintoma: TRAUMA

Discriminador(es): - RELATO DE PERDA DE CONSCIÊNCIA

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:
- SACR - REGUA DE DOR: 0
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 13
- FREQUENCIA CARDIACA: 88.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM
- GLICOSE: 108.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 100.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 60.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 96.00 %

**REVISADO
NEPi-HMA**

HMA - Hospital Miguel Arraes

Lesão de Pele

Sim () Não ☒

Local



Acolhido(a) por: MAURICELIA MARIA ALVES MACIEL - COREN: 6723 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 23/06/2019 07:22



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	6431569
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome do Paciente				6 - Nº Prontuário	
WILSON JOSE DA SILVA				126835	
Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raza/Cor	10.1 - Etnia	
20947000590000	31/12/1996	☒ 1 ☐ 2	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe				12 - Telefone de Contato	
MARIA AUGUSTA DA CONCEICAO				8199159781	
13 - Nome Responsável				14 - Telefone de Contato	
RAFAEL DA SILVA SILVESTRE					
Endereço (Rua, Nº, Bairro)					
JENHO UMBU, - CENTRO					
Município		17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
JANA		280620	PE	55900974	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

22 - Paciente COM Queda de dor em coxa direita + punho direito + antebraço direito + mão esquerda há 3 horas após queda de moto. NEGA VÔMITOS / VÔMITOS / COMORBIDADES. AFIRMA ALEGRIA ANTES / DIPLOMA

23 - ATURA DISPARADA DE FEMUR DIREITO + FRATURA-LUXAÇÃO PUNHO DIREITO

24 - Condições que justificam a internação

CESSAÇÃO CIRÚRGICA

25 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

MAXILNESE / EXAME FÍSICO / RADIOGRAFIA

26 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	25 - CID 10 Causas Associadas
OXACAO DO PUNHO	S630	W000 V29.9	572.3

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
PROCEDIMENTOS SEQUENCIAIS EM ORTOPEDIA	0416020069

29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980015284698971
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
CLAUDIA BARBOSA DE ALMEIDA MEDEIROS		23/08/2019	17724

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 -) Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Silete	41 - Série
37 -) Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ Empresa	43 - CNAE / Empresa	
38 -) Acid. Trabalho Trajeto			

44 - Vínculo com a Previdência

() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado

AIH 261910218930-8

45 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	48 - Nº de Autorização de Internação
	E260000001	AIH 261910218931-9

49 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
CNS () CPF			

AIH 261910218932-0

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **EDILSON JOSE DA SILVA** Prontuário: 126835
Idade: 22a 5m 22d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 31/12/1996
Profissão: Escolaridade: Telefone: CEP 55900974
R.G.: C.P.F.: - CENTRO - GOIANA - PE
Endereço: ENGENHO UMBU
Dados da Internação
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA Data e Hora da Internação: 23/06/2019 10:04
Convênio: SUS - INTERNACAO Plano: GERAL
Unidade Internação: VERMELHA - EMERGEI Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACA Leito: VERMELHO - LEITO 001
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 08/08/19
Endereço: - Numero: AUREVIAN SOUSA
Telefone: Cidade: Estado civil: FATURISTA
Pms.

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 08/07/19 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão
Condições de Alta: Melhorado
Diagnóstico Principal..... Ex Disfunção Femur (D) + Luxação Patelar
Diagnóstico Secundário01.: melhora. REVISADO
Diagnóstico Secundário02.: CCIH-HMA
Procedimento..... RFFE Haste Cefalomedular Longa + RAPIC
Pro K em patela (D)
Médico e CRM: [Assinatura]
Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo a internação do paciente acima mencionado no HOSPITAL MIGUEL ARRAES bem como os tratamentos clínicos e cirúrgicos (Intervenção cirúrgica, anestésias, transfusões, exames de sangue, ou qualquer outro tipo de exame médico e laboratorial) que se fizerem necessários para o diagnóstico, tratamento, cura e o bem estar do paciente.

Em _____ de _____ de _____

Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

DIAGNÓSTICO DO ATENDIMENTO

Atendimento..... : 483235 Prontuário: 126835 SAME: 113577 Hora Atend: 07:23 Data Atend: 23/06/2019
Paciente..... : EDILSON JOSE DA SILVA Idade: 22 a
Endereço..... : ENGENHO UMBU
Bairro..... : CENTRO
Cidade..... : GOIANA UF.: PE CEP: 55900974
Convênio..... : SUS - EXTERNO / URGENCIA Plano...: PLANO UNICO
CID Principal..... : -
CID's Secundários. :
Resultado..... : ENCAMINHADO AO SETOR DE INTERNACAO
Data Saída..... : 23/06/2019 Hora Saída : 10:02

Prestador da Evolução Médica: PLANTONISTA CIRURCIA GERAL

DIAGNOSTICO
ENF OSCALINE

PLANTONISTA CIRURCIA GERAL / 12347
CIRURGIA GERAL

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Nome: Edilson José da Silva Registro: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Data/Hora	
05/08/19	# Carga de M&M Po 2x <u>prossimilum</u> © 07/07/19 Ba Adm de <u>quadril</u> FO
05/08/19	*S.OT HD: 1) PO (28/06/19) Haste efol. longa Por Ex Diab. de <u>fêmur</u> (D) Pte Estável. Sem dor. Dambela Sem aguda. Fis: Cicatrizado. Col: 17 Fisio mat. v. 2) Retorne com 04 Sen C. v. RX
26/08/19	A S.OT. Ambulatório HD: 1) PO (20/06/19) Haste efol. longa Por Ex Diab. de <u>fêmur</u> (D). Pte Estável. Sem dor. Dambela RX (26/08/19) - Ex Gen. Sem. de Consolidação ósea. Col: 1) Retorne com 06 Sen C. v. RX 2) Retorne Tris. A. 3) Fisio mat. v.

RF no. 1000000 no other info (D)
~~FAIR~~ can find out (D)
 Teller is a negro, + info
 re the subject in
 mind (E)

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página: 0001

Data: 23/06/2019

Hora: 16:25

Aviso de Cirurgia: 57538

Paciente: 126835

Convênio Atend.: 1

Leito: 228

Dt. Início: 23/06/2019 15:40

Cid Pré-Operatório: S723

Cid Pós-Operatório:

Sala: 0001

SALA 01

EDILSON JOSE DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - LEITO 001

Dt. Fim: 23/06/2019 16:10

FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Atendimento: 483241

Carteira:

Idade: 22 Anos

Procedimento: 0408050519

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO

URGIAO

URGIAO

ANESTESISTA

20818 FELIPE NUNES DA SILVA

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

13925 LUIZ ANTONIO DE CARVALHO

2380 GENESIO GOMES DA CRUZ JUNIOR

Descrição Cirúrgica:

DIAGNÓSTICO: FRATURA FECHADA DIAFISÁRIA DE FEMUR DIREITO + LUXAÇÃO DO CARPO DIREITO + FERIMENTO EM MÃO ESQUERDA

CIRURGIA: REDUÇÃO INCRUENTA DE LUXAÇÃO DO CARPO + RFFE COM FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO + Sutura de mão esquerda.

CIRURGIÃO: DR. FELIPE NUNES + DR. LUIZ CARVALHO + DR. JEFFERSON CALUME

1º AUXÍLIO: DR. JOÃO BOSCO

ANESTESISTA: DR. GEORGE

ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA;

2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MID;

3. APOSIÇÃO CAMPOS ESTÉREIS

4. REALIZADO REDUÇÃO FECHADA DE LUXAÇÃO DO PUNHO SOB MANOBRA ESPECÍFICA E CONFECCIONADO TALA LUVA EM

APOSIÇÃO FIXADOR EXTERNO TUBO A TUBO EM FEMUR DIREITO

5. OBSERVADO REDUÇÃO E POSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO ACEITÁVEIS, COM AUXÍLIO DE INTENSIFICADOR DE IMAGENS

7. OBSERVADO FERIMENTO EM PUNHO ESQUERDO E REALIZADO SUTURA DE PELE COM NYLON 2-0 E 3-0

8. CURATIVO ESTÉRIL

9. RX DE CONTROLE

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**SATURADO
08/08/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTACREMEPE 26.670
Ortopedia / Traumatologia
João Bosco B. C. Neto
FELIPE NUNES DA SILVA
CRM: 20818

Atendimento: 483241

Dt Atendimento: 23/06/2019 - 10:04

Dt Alta: 08/07/2019 - 18:08

Paciente: 126835 EDILSON JOSE DA SILVA

Serviço: 37 ORTOP23EDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 78 ORTL-513-LEITO 002

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ALYNEKLB

CID:

Procedimento de Alta 0301060070 - DIAGNOSTICO E/OU ATENDIMENTO DE URGENCIA EM CLINICA CIRURGICA

Observação de Alta

ELISABETE DA CONCEICAO SILVA

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAS DE ALENCAR

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.: 07/07/2019

Hora.: 19:22

Ficha de Cirurgia

Aviso de Cirurgia : 57839

Sala : 0002 SALA 02

Paciente : 126835

EDILSON JOSE DA SILVA

Atendimento : 483241

Convênio Atend. : 1

SUS - INTERNACAO

Carteira :

Leito : 78

ORTL-513-LEITO 002

Idade : 22 Anos

Dt. Início : 07/07/2019 18:00

Dt. Fim : 07/07/2019 19:00

Cid Pré-Operatório : S621

FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO

Cid Pós-Operatório :

Procedimento

Procedimento: 0408020520

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXACAO DOS OSSOS DO CARPO
(PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia:

Equipe

CIRURGIAO

18757 JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR

ANESTESISTA

14582 FELIPE CESAR LINS MENDES

Descrição Cirúrgica**Descrição Cirúrgica :**

DIAGNÓSTICO: LUXAÇÃO PERISEMILUNAR DIREITA

CIRURGIA: REDUÇÃO CRUENTA + FIXAÇÃO COM FIOS K + RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO ESCAFOSEMILUNAR

CIRURGIÃO: DR JEFFERSON CALUME

1º AUXÍLIO: DR HUDYSON ROCHA

INSTRUMENTADOR (A): CLAUDIA

ANESTESISTA: DR FELIPE MENDES

ANESTESIA: BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;

ASSEPZIA E ANTISSEPZIA + GARROTE MSD;

2. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;

3. ABERTURA FACE DORSAL MÃO DIREITA + ABERTURA DE RETINACULO E TERCEIRO TUNEL EXTENSOR + CAPSULA;

4. REDUÇÃO CRUENTA COM FIO DE KIRSCHNER 1.0 DA LUXAÇÃO ESCAFOSEMILUNAR

RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO ESCAFOSEMILUNAR COM ETHIBOND 2-0 COM PONTOS TRANSOSSEOS

5. FIXADA A ARTICULAÇÕES CARPICAS COM 4 FIOS K 1-0 SENDO 2 DO ESCAFOIDE PARA SEMILUNAR, 01 DO ESCAFOIDE PARA CAPTATO E 1 DO PIRAMIDAL PARA SEMILUNAR

6. LIMPEZA COM SF 0.9%;

7. SUTURA POR PLANOS ANATÔMICOS;

8. CURATIVO;

9. CONTROLE COM RX;

10. TALA AXILOPALMAR

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**FATURADO
08/08/19
CLAUDEVAN SOUSA
FATURISTADr. Hudyson Oliveira Rocha
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 26.720DR(A): JEFFERSON CALUME DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM : 18757

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: EDILSON JOSÉ DA SILVA
IDADE: 22 SEXO: M

DATA DA ADMISSÃO: 23/06/19

REG: 126835

DATA DA ALTA: 8/7/19

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO
- LUXAÇÃO PERILUNAR DIREITA

TRATAMENTO REALIZADO:

- 23/06 – FIXADOR EXTERNO EM COXA DIREITA + REDUÇÃO INCRUENTA E TALA EM PUNHO DIREITO
- 29/06 – REDUÇÃO FECHADA E FIXAÇÃO INTERNA COM HASTE CEFALOMEDULAR LONGA
- 07/07 – REDUÇÃO ABERTA + FIXAÇÃO INTERNA COM FIO K + RECONSTRUÇÃO DE LIGAMENTO ESCAFOSEMILUNAR DIREITA

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (CIRURGIA DA MÃO DR. JEFFERSON CALUM) (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM 01 SEMANA;
- MANTER TALA ATÉ RETORNO;
- REFORÇO DO ESQUEMA VACINAL ANTI-TÉTANO NO PSF;
- FAZER USO DE CEFALOXINA POR 14 DIAS;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE.

→ Rison com membro operado (Anelar com Auxílio de muletas, se dor).

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO

SIM (x)

NÃO () CIRURGIA PLÁSTICA, dige, mais (Dr. Jefferson)

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

Dra. Valéria Moura
CRM 10.100/19

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	23/06/2019	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	23/06/2019
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	EDILSON JOSE DA SILVA		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	# FRACTURA DISTAL DO FEMUR DEXTRO # LUXAÇÃO DAS OSSAS DO CARPO PEDESTAL DEXTO.		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	# H/O C/curfco - redução cruenta + Fixação c/ haste intra-articular femur dextro + redução cruenta de luxação per- luma + reconstrução ligamento escafóseo- luma dexto		
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? (CASO POSITIVO DESCREVER):	☐ SIM	☒ NÃO	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º membro inferior dextro ± 70%
* Impotência sexual MED.
2º membro superior dextro ± 60%
* Impotência sexual MED.
* Ref. def. articular pulso dextro

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30/10/19
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

LOCAL	DATA	ASSINATURA E CARIMBO
JOIÃO	30/10/19	

João Ricardo P. Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 1142

João Ricardo P. Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 1142



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

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

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

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800-022-81-85 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800-022-12-06 | Central Ouvidoria: 0800-021-91-35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.A5PX7TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.513/98.

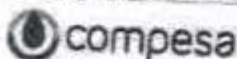
Pelo exposto, eu Luiz Guilherme Mrogabeira de Carvalho
inscrito (a) no CPF/CNPJ 083.562.324 / 65 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Edilson Jose da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 708.431.384 / 24
do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Edilson Jose da Silva
inscrito (a) no CPF sob o nº 708.431.384 / 24 conforme determinação da Circular Susep 445/12:
Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:
☒ Recuso informar

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

Endereço: <u>Rua Duque de Caxias</u>	Número: <u>170</u>	Complemento: <u>10</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Goiana</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>arrozaria.goiana@gmail.com</u>		CEP: <u>55900-000</u>
		Tel./DDD: <u>(81) 3626-3771</u>

Local e Data: Goiana - PE 30/10/19

[Assinatura]
Assinatura do Declarante



ATENDIMENTO: AVENIDA MINES MACHADO - N.º 18.1.001.0014398-2
ANA PE 55900-000

CNPJ 08.769.035/0001-84

INSC. EST. N.º 18.1.001.0014398-2

NUM. - S/N - CENTRO GOI

DADOS DO CLIENTE
MELICIO DA COSTA LEITE NETO MATRÍCULA: 10399440 3ul/2019
R. DQ CAXIAS, N.º 00170 - CASA-B - CENTRO GOIANA PE 55900-000
INSCRIÇÃO: 062.498.765.8134.008 GRUPO: 13 DEB. AUTOMÁTICO: 010399440

SITUAÇÃO AQUA LIGADA	SITUAÇÃO PROTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIZAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO A12F163528	DATA LEIT. ANTERIOR 06/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 07/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/R) REAL	

LEIT. ANT: 368 CONSUMO: 1
LEIT. ATUAL: 369
LEIT. FAT: 369

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

06/2019 05
05/2019 05
04/2019 18
03/2019 01
02/2019 01
01/2019 01
MÉDIA: 05

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS			
	EXIG. PORT. MS 2.924/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS	
TURBIDEZ	45	45	45	
COR APARENTE	45	45	45	
CORO RESIDUAL	45	45	44	
COLIF. TOTAIS	45	45	44	
E. COLI	45	45	45	

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: 1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

COMERCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO TOTAL (R\$)

1 M3 60,75

PARCELAMENTO DE DÉBITOS PARCELA 05/05

MULTA E IMPUNTUALIDADE 05/2019

JUROS DE MORA 03/2019

27,14

1,18



Compagnie Immobilière de l'Est
 45, rue de la Paix, 11, 1000 Bruxelles, Belgique
 Tel: 02 220 00 00 / Fax: 02 220 00 01 / www.cie.be

ENERGIA DA UNIDADE CONVENCIONAL
R\$ (R\$) 306

ENGENHO UBEROLANDIA
GOIANA PE
35800-000

7028016107 08/2019
16/08/2019 10/09/2019
28.77

STARTDATE	UNICA	990601
ENDDATE	990601	990601

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água 30 m³/m²	90,00000000	2,19144000	5,73
Consumo Água sanitária 20 lit/ m²	90,00000000	0,33760000	14,42
Arquiteto Serviço ANÁLISE			0,05
Arquiteto Serviço VERIFICAÇÃO			0,44
Coord. Sup. Pública Municipal			1,53
Perícia 1/4 Planta 01/01/11-01/12			2,89
Multa por atraso de 01/01/2012 - 01/12/12			0,74
Multa por não estar 01/01/2012 - 01/12/12			0,07
Juros por atraso de 01/01/2012 - 01/12/12			0,02
Assessoria 01/01/2012 - 01/12/12			

TOTAL DA FATURA	28,77
-----------------	-------

TOTAL DA FATURA							
VPD SESSOR	VPD-DA FUNÇÃO	AUTORIDADE	ATUAL	VPD SAG	COMPARANTE	AJUSTE	CONSIDERAR
DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA		
01/01/2008	000000	01/01/2008	000000	01/01/2008	000000		

Repartition du budget 1970-71 par ministere

Ministere	Montant en millions de francs	Pourcentage
Ministere de l'Interieur	100	10,0
Ministere de la Justice	100	10,0
Ministere de l'Education Nationale	100	10,0
Ministere de la Culture	100	10,0
Ministere de l'Enseignement Supérieur	100	10,0
Ministere de l'Industrie	100	10,0
Ministere de l'Agriculture	100	10,0
Ministere de la Pêche	100	10,0
Ministere de la Santé Publique	100	10,0
Ministere de la Famille	100	10,0
Ministere de la Jeunesse	100	10,0
Ministere de la Région	100	10,0
Ministere de la Préfecture	100	10,0
Ministere de la Police	100	10,0
Ministere de la Sécurité	100	10,0
Ministere de la Défense	100	10,0

Repartition du budget 1970-71 par secteur économique

Secteur	Montant en millions de francs	Pourcentage
Secteur public	100	10,0
Secteur privé	100	10,0
Secteur agricole	100	10,0
Secteur industriel	100	10,0
Secteur commercial	100	10,0
Secteur financier	100	10,0
Secteur des services	100	10,0
Secteur de la construction	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation	100	10,0
Secteur de la culture	100	10,0
Secteur de l'industrie	100	10,0
Secteur de l'agriculture	100	10,0
Secteur de la pêche	100	10,0
Secteur de la santé	100	10,0
Secteur de l'éducation</		

STANDARD INFORMATION
 The following information is provided for your information only. It is not intended to be used as a basis for a decision. The information is provided for your information only. It is not intended to be used as a basis for a decision. The information is provided for your information only. It is not intended to be used as a basis for a decision.

PLANT	PLANT ADDRESS	PLANT PHONE	PLANT TELETYPE	PLANT FAX	PLANT E-MAIL
100	100	100	100	100	100
200	200	200	200	200	200
300	300	300	300	300	300
400	400	400	400	400	400
500	500	500	500	500	500
600	600	600	600	600	600
700	700	700	700	700	700
800	800	800	800	800	800
900	900	900	900	900	900
1000	1000	1000	1000	1000	1000

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

708.431.384-24

Adilson José da Silva

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Adilson José da Silva

708.431.384-24

Acusou

Av. 1111

300

Long. 1111

Guarara

PE

55700-000

arabonoria.guara@gmail.com

(61) 3626-3771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$1.500,00 ☐ R\$1.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO: ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR, CURADOR, TITULAR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Itaú

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1800 7 CONTA: 42590 7 (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.

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

Declaro, sob as penas da Lei, que não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

- ☒ 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 5.394/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: 24 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (menasor)? 31 - Vítima teve irmãos? 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

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.

34 - Imprensa digital da vítima ou beneficiária não atribuído 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Guarara - PE 30/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



File:///C:/Users/POUCIA CIVIL/...

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 044ª CIRCUNSCRIÇÃO - GOIANA - DP44ªCIRC DINTER1/M1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0134003395

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2019 às 13:03**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia 23/6/2019 às 05:30

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GOIANA, 1, VIA PÚBLICA - RODOVIA ESTADUAL PARA O DISTRITO DE ATAPUZ - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL - Ponto de Referência: VIA PÚBLICA - RODOVIA ESTADUAL PARA O DISTRITO DE ATAPUZ VIA PÚBLICA - RODOVIA ESTADUAL PARA O DISTRITO DE ATAPUZ.**
 Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / VIA PÚBLICA - RODOVIA ESTADUAL PARA O DISTRITO DE ATAPUZ.**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
SOLANGE PEREIRA DE SOUSA (OUTRO)
EDILSON JOSÉ DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que esteve em posse do(a) Sr(a): EDILSON JOSÉ DA SILVA



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

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: NÃO INFORMADO

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

EDILSON JOSÉ DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino - Mãe: MARIA AUGUSTA DA CONCEIÇÃO Fát: JOSÉ MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 21/12/1986 Naturalidade: JOAQUIM GOMES / ALAGOAS / BRASIL Documentos: 0025217/SSM/PE (RG), 70843138424 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: TRABALHADOR RURAL Telefones Celulares: - 98065287

Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE GOIANA, 300, ENGENHO UBU, Nº300 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - GOIANA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A IGREJA CATÓLICA DO ENGENHO UBU

SOLANGE PEREIRA DE SOUSA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI COR PRETA ANO 2012 PLACA FFT9506PE (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): SOLANGE PEREIRA DE SOUSA, que esteve em posse do(a) Sr(a): EDILSON JOSÉ DA SILVA Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN ESI Objeto apreendido: Não Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

30/10/2019

Boletim de Ocorrência

Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: ALCOOL/GASOL

Descrição: MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI COR PRETA ANO 2012 PLACA FFT950GPE

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL A PESSOA DE NOME EDILSON JOSÉ DA SILVA, COM A INTENÇÃO DE NOTICIAR O SEGUINTE FATO: QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA CG 150 FAN ESI COR PRETA ANO 2012 PLACA FFT950GPE PELA RODOVIA ESTADUAL PARA O DISTRITO DE ATAPUZ, OCASIÃO EM QUE PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO EM UMA CURVA, CAINDO AO SOLO, ATO CONTÍNUO FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES NA CIDADE DE RECIFE, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO Nº 408936 DAQUELE NOSOCÔMIO, ONDE REGISTRA PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, COM FRATURA EXPOSTA EM COXA DIREITA E LEMÃO EM MÃO ESQUERDA. SEM MAIS DADOS DE ASSERTAMENTO, ENCERRO O PRESENTE B.O.

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

X Edilson José da Silva
EDILSON JOSÉ DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: JOSE OTAVIANO NEVES DOS PINHEIRO - Matrícula: 272926-1

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE GOIANA
RECIFE

**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: 3190613061
Nome do(a) Examinado(a): Edilson Jose da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Engenho Ubu, 300
Zona Rural Goiana PE CEP: 55900-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 9925217
Data local do acidente: [23/06/2019]
Data local do exame: [11/11/2019] Goiana [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO .
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO EM PUNHO DIREITO**

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

Tratamento: PACIENTE FOI ATENDIDO NO DIA 23/06/2019 COM DIAGNÓSTICO DE FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO MAIS LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO EM PUNHO DIREITO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA REALIZAÇÃO DE LIMPEZA, DESBRIDAMENTO, REGULARIZAÇÃO DE PARTES MOLES E FIXAÇÃO EXTERNA PARA CONTROLE DE DANOS EM FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO E REALIZAÇÃO DE MANOBRA ESPECÍFICA PARA REDUÇÃO DE LUXAÇÃO DO PUNHO DIREITO MAIS IMOBILIZAÇÃO COM TALA LUVA, REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO NO DIA 07/07/2019 PARA REDUÇÃO CRUENTA DE OSSOS DO CARPO, FIXAÇÃO COM USO DE FIO DE KIRSCHNER, RECONSTRUÇÃO DO LIGAMENTO ESCAFO SEMILUNAR E FIXAÇÃO INTERNA DA FRATURA DO FÊMUR NO DIA 08/07/2019 COM USO DE HASTE INTRAMEDULAR LONGA, RECEBEU ALTA APÓS 48 HORAS. FOI ACOMPANHADO EM CARÁTER AMBULATORIAL E NÃO REALIZOU SESSÕES DE FISIOTERAPIA. NO MOMENTO ENCONTRA-SE EM ALTA ORTOPÉDICA.

Complicações: PACIENTE APRESENTA CICATRIZ EM FACE LONGITUDINAL DA COXA EM 3 CM, AFIRMA MARCHA CLAUDICANTE, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR DIREITO E SUBIR ESCADA, CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL DO PUNHO DE 10 CM DE EXTENSÃO, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO CARPO, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS COM USO DA MÃO DIREITA.
Data da Alta: 10/07/2019

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

AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE LONGITUDINAL DA COXA EM 3 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, AFIRMA MARCHA CLAUDICANTE, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR DIREITO E SUBIR ESCADA.
AO EXAME DO PUNHO DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL DO PUNHO DE 10 CM DE EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, ATROFIA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO DE FORMA MODERADA, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO CARPO, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS COM USO DA MÃO DIREITA.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

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

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.
LIMITAÇÃO FUNCIONAL MODERADO DO PUNHO DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☒ (X) 25% leve

☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

PUNHO - Lado Direito

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve

☒ (X) 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. Tiago Martins Formiga
Ortopedia e Traumatologia
8085 CRM-PB / 24411 CRM-PE
TEOT 14830

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

708.431.384-24

Rodulhon Jose da Silva

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

5 - Nome completo: Rodulhon Jose da Silva 6 - CPF: 708.431.384-24
7 - Profissão: Acusou 8 - Endereço: R. Ubu 9 - Número: 300 10 - Complemento:
11 - Bairro: R. Ubu 12 - Cidade: Guarana 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55900-000
15 - E-mail: anastromaria.guiana@gmail.com 16 - Tel. (DDD): 81 3626-3771

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☐ BENEFICIÁRIO CAPINDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, TUTOR OU CURADOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Itaú
AGÊNCIA: 1800 7 CONTA: 42590 7

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.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (mãe nascituro)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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 179 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não atestada

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Guarana - PE 30/10/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

B F S COMERCIO E SERVIÇOS LTDA - EPP
R. DOMINGOS RAIOS
TERE. NET-250 80008704 DATA 15-05-2013
CORRESPONDENTE DO BANCOS BRASILEIRO

RE. RELAC. JUNGHE - GEORGE
FICB 1142 - POPULANTA ALPESINA

*AGENCIA : PLANO-BOINA
=CONTA : 0869000000190-7
HOME : EDILSON JOSE DA SILVA
DATA : 18-05-2019
NOME LIGACAO :

TIPO PESSOA: FISICA
TIPO CONTA: CONTA CORRENTE
COTA DE SERVIÇO: COTA EXPRESSO 4 -
R\$ 19,70

ACESSO AO PROGRAMA DE BENEFÍCIOS: S

NSL BANKID: 0002-000112
VERA 1 10:14:28

DELEITO A CONFIRMACAO DO BANCO

DIVISION DE HEALTH
6024 727-5573

Rio de Janeiro, 21 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613061

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 23/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDILSON JOSE 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\$ 4.050,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 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 dos punhos 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: EDILSON JOSE DA SILVA

Valor: R\$ 4.050,00

Banco: 237

Agência: 000001800-7

Conta: 0000042590-7

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.



Rio de Janeiro, 05 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613061

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 23/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), EDILSON JOSE DA SILVA

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190613061

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do Acidente: 23/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), EDILSON JOSE 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, 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

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: 19/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.050,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDILSON JOSE DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01800-7

CONTA: 000000042590-7

Nr. Autenticação

BRABCO1911201905000000000023701800000000042590405000 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0380142/19

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do acidente: 23/06/2019

CPF: 708.431.384-24

CPF de: Próprio

Titular do CPF: EDILSON JOSE DA SILVA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO : 083.562.324-65

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

EDILSON JOSE DA SILVA : 708.431.384-24

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: 30/10/2019
Nome: LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO
CPF: 083.562.324-65

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

LUA GUILHERME MANGABEIRA DE CARVALHO

Steffany Carolyn Lins Veloso

PROCURAÇÃO PARTICULAR - DPVAT

Outorgante: EDILSON JOSE DA SILVA

RG/CNH/CTPS: 9.925.217 SDS/PE CPF: 708.431.384-24

Profissão: AUTONOMO

Estado Civil: SOLTEIRO

End: EN UBU,Nº300,ENGENHO UBU,GOIANA/PE.CEP:55900-00.

Outorgado:Luã Guilherme Mangabeira de Carvalho.

RG/CNH/CTPS: 8.317.118SDS/PE CPF: 083.562.324-65

Profissão: Autônomo

Estado Civil: Casado

End: Rua Duque de Caxias, Nº 170-D, Centro, Goiana-PE. CEP: 55900-00

Nomeio meu bastante procurador o outorgado acima citado com poderes especificos para resolver todas as questões administrativas referentes ao seguro dpvat, que figura como vítima **EDILSON JOSE DA SILVA**

ACIDENTE: 23/06/2019

COBERTURA: Invalidez

Goiana-PE 19 / 09 / 2019

Eu Edilson Jose da Silva

OUTORGANTE
(POR AUTENTICIDADE)



Serviço Notarial e Registral de 2º Ofício | Cartório Maria Helena
Rua Dr. Manoel Soares nº 222, Eng. Ubu, P. 1 - CEP: 55900-000 - Goiana - PE - e-mail: angela@notariado2ooficio.com.br

Reconheço Por Autenticidade a firma de: EDILSON JOSE DA SILVA, Dou fé. Goiana,
19/09/2019 Em test. de verdade. A tabelã

Emol. R\$ 3,50; TSNR R\$ 0,80; FERC R\$ 0,40; FERM R\$ 0,04;
FUNSEG R\$ 0,08. Selo 0077628.TNK09201901.00853. Consulte a
Autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital



Vínia Joaquim de Lima
Escriturante

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613061

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do acidente: 23/06/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO .
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO EM PUNHO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE LONGITUDINAL DA COXA EM 3 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, AFIRMA MARCHA CLAUDICANTE, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR DIREITO E SUBIR ESCADA.
AO EXAME DO PUNHO DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL DO PUNHO DE 10 CM DE EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, ATROFIA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO DE FORMA MODERADA, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO CARPO, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS COM USO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E PUNHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	30 %	R\$ 4.050,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190613061

Cidade: Goiana

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: EDILSON JOSE DA SILVA

Data do acidente: 23/06/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA
DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO .
LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO EM PUNHO DIREITO

Descrição do exame físico: AO EXAME DO MEMBRO INFERIOR DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM FACE LONGITUDINAL DA COXA EM 3 CM, ATROFIA DA MUSCULATURA DA COXA EM 2,5 CM, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA GRAU II, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO JOELHO EM 30°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO JOELHO GRAU II, AFIRMA MARCHA CLAUDICANTE, DIFICULDADE DE REALIZAR AGACHAMENTO SOBRE O MEMBRO INFERIOR DIREITO E SUBIR ESCADA.
AO EXAME DO PUNHO DIREITO: APRESENTA CICATRIZ EM REGIÃO DORSAL DO PUNHO DE 10 CM DE EXTENSÃO, DIMINUIÇÃO DA FLEXÃO DO PUNHO EM 35°, DIMINUIÇÃO DA EXTENSÃO DO PUNHO EM 40°, DÉFICIT DE FORÇA FLEXORA E EXTENSORA DO PUNHO GRAU II, ATROFIA DA MUSCULATURA INTRÍNSECA DA MÃO DE FORMA MODERADA, DOR A PALPAÇÃO EM REGIÃO POSTERIOR DO CARPO, DIFICULDADE DE REALIZAR ATIVIDADES PROFISSIONAIS COM USO DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: PACIENTE EVOLUIU COM LIMITAÇÃO DE FORMA MODERADA EM MEMBRO INFERIOR DIREITO E PUNHO DIREITO

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO PUNHO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 11/11/2019

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			30 %	R\$ 4.050,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014804724318
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA: 1 RENOVAÇÃO: 468876758 RNTM: ***** EXERCÍCIO: 2013

NOME: SOLANGE PEREIRA DE SOUSA

GOIANA-PE

CPF/CNPJ: 077.933.924-00 PLACA: PFT9506

PLACA ANT./UF: *****/PE CHASSI: 9C2KC1670CR551519

ESPECÍFICO: PAS / MOTOCICLETA COMBUSTÍVEL: ALCO / GASOL

MARCA / MODELO: HONDA / CG 130 PAN EST ANO FAB: 2012 ANO LIC: 2013

CAP / POT / CL: 2E / 142CL CATEGORIA: PARTIC COF. PREDOMINANTE: PRETA

COTA ÚNICA: DEVA 2013: QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1ª *****

FAIXA / RUA: 1 PARCELAMENTO / COTAS: 2ª ***** 3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$): 80.11 COF (R\$): 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$): 84.58 DATA DE PAGAMENTO: 06/02/13

OBSERVAÇÕES: SEM RESERVA

GOIANA *Roberto Mendes* DATA: 13/06/13

Roberto Carlos Moreira Fontella

PERSONAL

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014804724318 BILHETE DE SEGURO DPVAT
SOLANGE PEREIRA DE SOUSA

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

GOIANA-PE EXERCÍCIO: 2013 DATA EMISSÃO: 13/06/13

VIA: 1 CPF/CNPJ: 077.933.924-00 PLACA: PFT9506

RENOVAÇÃO: 468876758 MARCA / MODELO: HONDA / CG 130 PAN EST

ANO FAB: 2012 COF. PRETA CHASSI: 9C2KC1670CR551519

PRÊMIO TARIFÁRIO

RUA (R\$): 75.03 DETRAN (R\$): 4.02 CUSTO DO SEGURO: 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4.15 COF (R\$): 0.32 TOTAL (R\$): 84.58

PAGAMENTO: ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO: 06/02/13

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.348.308/0001-04

DESTAQUES: O COF. DO BILHETE É OBRIGATORIO E DE FORTE COBERTURA

