

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3210010599 **Cidade:** Itapororoca **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA **Data do acidente:** 08/09/2020 **Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁGINAS 01, 03, 05 E 06.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

BANCO BRADESCO S.A.

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: 02/02/2021

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 02009-5

CONTA: 000000050305-3

Nr. Autenticação

BRADESCO20220210500000000002370200900000050305168750 PAGO

SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 08507.01.2020.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 08507.01.2020.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:25 horas do dia 03 de dezembro de 2020, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Gerson Alves Barboza, matrícula 783391, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Lívramento Rosa da Silva**, CPF nº 043.084.994-02, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, filho(a) de Rosa Maria das Neves e Luiz Vicente da Silva, natural de Itapororoca/PB, nascido(a) em 08/05/1968 (52 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projeta, bairro Centro, tendo como ponto de referência Loteamento Cidade Alta, na cidade de Itapororoca/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Centro, São João 2, Itapororoca/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 08/09/20 17:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 08/09/2020, POR VOLTA DAS 17:00, ESTAV CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR PRETA, ANO 2012, PLACA OFE-4617/PB, CHASSI 9C2JC4110CR541339, REGISTRADA EM NOME DE JOSENILDO JOAO DE LIMA, NA RUA CENTRO, ITAPOROROCA/PB, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E VEIO A CAIR; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE ITAPOROROCA/PB E EM SEGUIDA, TRANSFERIDO AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO, SENDO SUBMETIDO A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. DECARTE NASSER.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 03 de dezembro de 2020.

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR

Agente de Investigação

LÍVRAMENTE ROSA DA SILVA
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - NP do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	043.084.994-02	Dinamanto Rosa da Silva	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FADA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 645/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
Dinamanto Rosa da Silva	043.084.994-02		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
alimentaria	515 Bagoa do Solo	515	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
Área Rural	Itaparacaba	SP	58275000
15 - E-mail:	16 - Tel (DDD): 83.99921-9283		

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) AGENCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: Bradesco AGENCIA: 200.9 CONTA: 0050305 3 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)		
Autorizo a Seguradora Lider 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 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §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:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	34 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	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 (menor)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
<input type="checkbox"/> Sim		<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não		33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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
Data de falecimento
- 12/12/2020
Assinatura da testemunha
Lider - 12/12/2020

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 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Itaparacaba 15-12-2020*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) *X Dinamanto Rosa Silva*

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.D01 V002/2019

MAURICIO JOSE DA SILVA
SIT LAGOA DO SACO, S/N - ÁREA RURAL
ITAPOROROCA / PB CEP: 58275000 (AG: 14)



CPF/CNPJ/RANI: 789.831.854-49

Grupo: CONVENCIONAL BAIXA TENSÃO / Subgrupo: B1
Classe: RES MTC B1 / Subclasse: BAIXA RENDA
Ligação: MONOFÁSICO
Roteiro: 2-17-430-1800 Nº Medidor: 00008623707

UNIDADE CONSUMIDORA (UC)

5/1686016-5

CADASTRE SUA FATURA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZANDO O CÓDIGO: 00016860165



VALOR DA FATURA

R\$ 29,93



VENCIMENTO

12/08/2020



REFERÊNCIA

Ago / 2020



CONSUMO

2,48 kWh
MÉDIA DIÁRIA

72kWh

SITUAÇÃO DE DÉBITOS

DESCRITIVO

CCI	Descrição	Quant	Tarifa e/ Tributos	Valor Base Calc	Aliq	ICMS Base Calc	PIS(R\$)Cofins(R\$)	
				Total (R\$)	ICMS (R\$)	ICMS (R\$)	(R\$) PIS/Cofins 1,0845% 4,9955%	
0601	Consumo até 30kWh-BR	30	0,193470	5,80	0,00	0	0,00	5,80 0,06 0,29
0601	Consumo -31 a 100kWh-BR	42	0,331680	13,93	0,00	0	0,00	13,93 0,15 0,69
0610	Subsídio			20,07	0,00	0	0,00	20,07 0,22 1,00
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS								
0807	CONTRIBUIÇÃO ILUM PÚBLICA			8,99	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
0804	COMPENSACAO POR INDICADOR-OMIC06/2020			-0,01	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00
0906	Devolução Subsídio			-18,85	0,00	0	0,00	0,00 0,00 0,00

CCI: Código de Classificação do Item

Tarifa e/ Tributos: Até 30kWh 0,191720 Até 100kWh 0,311520

TOTAL 29,93 0,00 0,00 39,80 0,43 1,98

RESERVADO AO FISCO 4a72.2690.a5cd.ee45.997c.4313.2441.1cb1.

HISTÓRICO DE CONSUMO (kWh)

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

ESCUTURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384-JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 340849 Atd: Nao
Data: 08/09/2020
Hora: 20:18:37
Repcionista: THAIS DE ALMEIDA PER
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

Num. Prontuario: 2020.09.000719

Nome Social: NAO INFORMADO CPF:

CNS: 708505325336474 Sexo: F IDENTIDADE: 3459903 Fone: 987115519

Natural: ITAPOROROCA/PB Data Nasc.: 08/05/1968 Id: 52 ano(s)

End.: RUA PROJETADA, 0

Bairro: LOTEAMENTO CIDADE ALTA Cidade: ITAPOROROCA UF :PB

Mae: ROSA MARIA DAS NEVES

Pai: LUIZ VICENTE DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: CASADO(A)

Ocupação:

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade: PRIMEIRO GRAU INCOMPLETO

Resp.: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

Tel/Doc. Responsavel: 987115519 / IDENTIDADE: 3459903

Cedencia: HOSPITAL ESTADUAL JOSE FELIX

Transporte utilizado: TRANSP. PUBLICO

Vitima de acidente por: QUEDA DE MOTO

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

TCI: *forat*
DATA: *09/09/2020*
Hora: *16:51*

PSE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	<input type="checkbox"/> Aparentemente Bem <input type="checkbox"/> Grave
FC:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado <input type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia <input type="checkbox"/> Dispneia
Glicemie:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Chocado
[] Vomito		

Sintoma Principal

QUEDA DE MOTO , REFERE DOR NO BRACO ESQUERDO. ALERGIA A DIPIRONA E HIPERTENSA

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Doenças crônicas: *doença pulmonar (E) crônica*
Exame físico: *exame por exame de rotina*
Diagnóstico: *Fratura do rádio. Conduta internação*
Exame: *radiografia (E) hospitalar*

Prescrição

Horário da medicação

Dr. *Renan Vasconcelos*
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8618
CRM-PE 22251
CET 15918



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL PREFEITO JOSÉ FÉLIX DE BRITO

FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES

FICHA Nº

DATA

09/05/2012

PACIENTE

ORIGEM

SOLICITANTE

CLÍNICA

MOTIVOS DO ENCAMINHAMENTO

Encaminhado a paciente apresentado 53 anos, vítima de acidente de moto, apresentando dor + edema + limitação de movimento do punho (E) relatado que o fato ocorreu 17:00 de hoje. Solicite avaliação e data da ortopedia. PA 122x70 mmHg
Rx do punho: Fratura distal do rádio (D).

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA

- 1- immobilização do membro;
- 2- voltaren 01 FT IM
- 3- acetaminofeno 01 gr + 40 EV
- 4- zípirona; 01 gr + 40 EV

ENCAMINHADO PARA

Hospital ortopédica de Mangabeira

ASSINATURA/CARIMBO
MÉDICO

Alt:

Fred M. F. de Oliveira
CRM-PB: 0357 / CRM-PE: 21172

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 08/09/2011

Nome: Lorenzo R. Soárez
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F M Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento 1/1/19

QPD: _____

HDA: Plante vítima de violência
de moto com dor de dor e sangue
familiar e paro (E)

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: Febre Astenia Anorexia Perda de Peso _____ Kg em _____ Prurido Sudorese
Calafrios Alopecia Adenomegalias Icterícia Tonturas Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e PESCOÇO: Cefaléia Espirros Rinorréia Obstrução Nasal Epistaxe
Dor de Garganta Bócio Rouquidão Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: Dor _____ Tosse Expectoração Hemoptise
Dispneia Palpitações Desmaio Cianose Edema _____ Outros: _____

ABD: Dor _____ Pirose Soluço Regurgitação Hematêmese Náuseas
Vômitos Dispepsia Diarréia Melena Enterorragia Constipação Aumento de volume

AGU: Disúria Incontinência Retenção Poliúria Oligúria Noctúria Hematúria
Mal Cheiro Corrimento Outras: _____

SME: Dor _____ Rigidez pós-reposo Deformidades
Artralgia Calor Rubor Edema Crepitação Fraqueza Atrofia Espasmos

SN e PSQ: Insônia Sonolência Convulsões Motricidade e Sensibilidade _____
Amnésia Libido Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____

[]HAS []DM []TB []HEP []Dislipidemia []Banho de Rio []Casa de Taipa []H

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e PESCOÇO (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: Fenômeno do mês do tel (E)

Conduta: Intervenção precoce + labor

Dr. Everton Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 8518
CRM-PB 2054
TEOT 15910
Maceió - Alagoas - Pessoas - PB.



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>VLUNARDO ROSA DA SILVA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<u>EDSON GILAO</u> 1º Assistente:			
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					
<u>PRAGNA MÍDIO DESGAL CNO</u> CID <u>52.5</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO CID					
<u>11</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S) CÓDIGO					
<u>REDUÇÃO FECHADA +</u>					
<u>FIXAÇÃO PERCUTÂNEA</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico	1 () Sim	Descreva:			
	2 (X) Não				
Biópsia de Congelação:	1 () Sim				
	2 (X) Não				
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:					
1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH

Incisão:

Penicilina

Achados:

Frágil Mídio disfar.

Conduta:

REDUÇÃO FECHADA +
Fixação Penicilina

Fechamento:

Curativo +
Taca

OBS:

Data: 18/09/20

MÉDICO/CRM

Edson D. Liboco
Médico e Traumatologista
CRM-PB 1143



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: lactose

REPOSO: Relajación 3000 por 30 an 60 00 000

3. IDADES COM A FERIDA OPERATÓRIA Leta la omisión de una vez por día. De modo lú, calir, vermifílico ou "trabado" no local, ou se esconde deba, produz sintomas leves. Complexo Hospitalar

MEDICAÇÕES PARA CASA

RETORNO Ao posto de saúde em DR. JOSÉ VIANA FILHO para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do DR. JOSÉ VIANA FILHO em 30 dias para revisão.

10/2012/2012

para retirada de pontos.
em 30 dias para revisão.

10/20/2020

Detlef Nasser
Diagnos / Traumatologie
CHMEC 2017

12/02/2020

— 147A —

Este documento destina-se a cidadãos e

Para más datos, visite [emprende.com](http://www.emprende.com) o llame al 1-800-221-1234.

PAÍS DE LAS INSTITUCIONES, EMPRESAS, ESCUELAS, MINISTERIO DE
TRABAJO, CONSUMO Y PROTECCIÓN AL MEDIO AMBIENTE

TRADICIONAL/CONTINUADA DE TRATAMIENTO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009827/21

Vítima: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

CPF: 043.084.994-02

CPF de: Próprio

Data do acidente: 08/09/2020

Titular do CPF: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

LIVRAMENTO ROSA DA SILVA : 043.084.994-02

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: 12/01/2021
Nome: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA
CPF: 043.084.994-02

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/01/2021
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

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, 05 de Fevereiro de 2021

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3210010599**

Vítima: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

Data do Acidente: 08/09/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LIVRAMENTO ROSA 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\$ 1.687,50

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: LIVRAMENTO ROSA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000002009-5

Conta: 000000050305-3

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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DANIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - N° do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:	
	043.084.994-02	Sílvio Amâncio Lobo da Silva	

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (ITIM/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP RP 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:	
Lívia Monte Rosa da Silva		042-084-994-02
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:
auxiliar	311 Bagoa do Solo	SIN
10 - Complemento:		
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:
Área Rural	Itapoisara	PI
14 - CEP:	58245000	
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD):	
	83-99921-9283	

DAOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

Declara que o que consta nesse documento, verdadeira e corretamente informado, conforme comprovante anexo (ANEXOS CÓPIAS).

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

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAS, CURADOR/TUTOR)

<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>
<input type="checkbox"/> Itaú (341)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	
<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT

22 - DESENHOS DE ALINHAMENTO DE LAMPO D'OR - 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

- 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. 34, §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

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

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 Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro/viúva? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando cliente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da multa prevista na legislação.

38-1º | Nome: _____

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

25. CSE (selección de nuevo servicio a mano/ a pedido)

... no documento de quem assina a rota/pede

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 28 | Name: _____

CPF: _____

THE BOSTONIAN

63- Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPS.001 V002/2019