

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBSON RODRIGUES ALVES**

Nº Sinistro: **3180531696**

Vítima: **ROBSON RODRIGUES ALVES**

Data do Acidente: **06/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180531696**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13592077



Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180531696

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON RODRIGUES ALVES

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

Documentação médico-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

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

Carta nº 13598304



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **ROBSON RODRIGUES ALVES**

Sinistro: **3180531696**
Vítima: **ROBSON RODRIGUES ALVES**
Data do Acidente: **06/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **GEORGE CARLOS MELO LIMA**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180531696** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





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 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180531696 **Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES**

Data do Acidente: 06/07/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

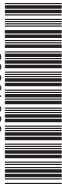
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00105/00106 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 13777520

Rio de Janeiro, 20 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180531696

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data do Acidente: 06/07/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GEORGE CARLOS MELO LIMA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBSON RODRIGUES ALVES

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

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: ROBSON RODRIGUES ALVES

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 00000914

Conta: 0000031641-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	094.075.864-48	Robson Rodrigues Alves	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
ROBSON RODRIGUES ALVES		094.075.864-48	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
MOTOCICLISTA	EMÍLIO NUNES SILVA	46	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
BOMBA	SIERRA TÁHADA	PE	56.906-515
E-mail:	Tel. (DDD):		
	87.9998-1477		

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)		Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA:	CONTA:	AGÊNCIA:	CONTA:
914 13	31641 6		
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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:
	Vivos:	Falecidos:
Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
	☐ Sim ☐ Não	☐ 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.

Imprimir digitalizar assinatura assinatura assinatura	Local e Data, <u>Sierra Táhada, 09/11/18</u>	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1ª Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura
	(*) Assinatura de quem assina A ROGO	2ª Nome: _____
	<u>Robson Rodrigues Alves</u>	CPF: _____
	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura
	<u>George Carlos Melo Lima</u>	
	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do Procurador (se houver)



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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3180531696
Nome do(a) Examinado(a): Robson Rodrigues Alves
Endereço do(a) Examinado(a): R Emidio Nunes da Silva, 46
S Cristovao Serra Talhada PE CEP: 56906-515
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8727788
Data local do acidente: [06/07/2018]
Data local do exame: [08/01/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

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

FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES

Data da Alta: 13/07/2018

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

LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PÉ ESQUERO

- 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:

DÉFICIT FUNCIONAL LEVE 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 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):

TORNOZELO - Lado 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

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)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM


Dr. André Gustavo F. Souza
- Médico -
CRM/PE 19340/CRM-PB 8607



0410429/18

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0267004117**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **25/10/2018** às **16:54**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/7/2018** às **17:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 1, PE CONSELHEIRO OLIVEIRA NETO** - Bairro: **CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **AEROPORTO**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NAO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
RODRIGO CESAR DE OLIVEIRA SILVA (OUTRO)
ROBSON RODRIGUES ALVES (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBSON RODRIGUES ALVES**

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

ROBSON RODRIGUES ALVES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES ALVES** Pai: **EDILSON RODRIGUES ALVES** Data de Nascimento: **5/3/1991** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8727788/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones Celulares: **- 87999699268**

Endereço Residencial: **RUA EMIDIO NUNES DA SILVA, 46 - CEP: 0 - Bairro: SAO CRISTOVAO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

RODRIGO CESAR DE OLIVEIRA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

NAO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **RODRIGO CESAR DE OLIVEIRA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBSON RODRIGUES ALVES**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

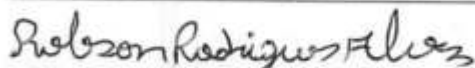
Placa: **PER3238** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **254360661** Chassi: **9C2KD052OARO81479**

Ano.Fabricação/Modelo: **2010/2010** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DEPOL, A VITIMA EM TELA, NOTICIANDO QUE NO DIA HORA E LOCAL JA DESCRITO, TRAFEGAVA NA MOTOCICLETA MENCIONADA, QUANDO EM DADO MOMENTO, EM UM MOMENTO DE DESATENÇÃO, AO ENTRAR EM UMA CURSA EXISTENTE NA REFERIDA RODOVIA, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA, CAINDO EM SEGUIDA. QUE APOS A QUEDA, FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPAM, COM LESOES NO PÉ ESQUERDO , ONDE FOI ATENDIDO PELO O MEDICO DE PLANTAO, APOS OS PRIMEIROS SOCORROS MEDICOS, FOI LIBERADO, E APOS QUATRO DIAS FOI OPERADO DO PÉ ESQUERDO, NA CASA DE SAUDE SAO FRANCISCO.

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



ROBSON RODRIGUES ALVES
(VITIMA)



B.O. registrado por: **EDMILSON PEREIRA LIMA - MAT. 151.743-0** - Matrícula: **151743-0**

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:	Nome completo da vítima:
	094.075.864-48	Robson Rodrigues Alves
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPF:
ROBSON RODRIGUES ALVES		094.075.864-48
Profissão:	Endereço:	Número:
MOTOTRISTA	EMILIO NUNES SILVA	46
Bairro:	Cidade:	CEP:
BOMBA	SERRA TALHADA	56.906-515
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):
	PE	87.9998-1472

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

RENTA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR	☐ ATÉ R\$1.000,00	☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA	☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☐ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 914 13	CONTA: 31641 6	AGÊNCIA: _____	CONTA: _____
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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 reconhecimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO(S) BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
Vivos:	Falecidos:	Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Local e Data, Serra Talhada, 09/11/18	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1º Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura
Assinatura do Representante Legal (se houver)		2º Nome: _____
		CPF: _____
		Assinatura

BOLETIM DE EMERGÊNCIA					Nº: 93	
Data: 06.07.2018		Hora: 18:25				
Nome: Roberto Rodrigues Oliveira						
Nascimento: 05.03.91		Sexo: m		Estado Civil: casado		
Escolaridade: 2º Grau		Profissão: desempregado				
Mãe: Maria das Graças Rodrigues (divorciada)		Responsável: Thiago				
Endereço: Rua dos Amigos, 46						
Bairro: Candeia		Município: D. J. PE		Fone: 9.9610.3159		
Cartão SUS:		RG/CPF: 8.727.788				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:		
História e Exame Físico: Queda de altura .. hematoma no ... Deleção ... no pé E no Ngr alargo						
Tratamento: - Srel de de pé E - Voltar ao trabalho - Solu ... de ... - Imobilização ...						
Hipótese Diagnóstica:			Carimbo e Assinatura:			
Trauma pé			Dr. Roberto Santos Medico 1322			
Destino do Paciente:		Internado	Residência	Transferido	Evasão	
Removido para o hospital:						
Óbito às		hrs do dia				

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	14/01/2019
NUMERO DO DOCUMENTO:	318053169601
VALOR TOTAL:	843,75

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBSON RODRIGUES ALVES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000031641

Número da Autenticação

9BDC05F7698E9B62

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902
CNPJ: 08.825.922/0001-08 | Insc. Est. 0003443-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

PAULA MIRELLE FREIRE DA SILVA

ENDIRECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA EMÍLIO NUNES SILVA 46

CPF: 090.267.994-03 INSC: 18535140440

BOMSAI - SERRA TALHADA
SERRA TALHADA - PE
56300-015

CLASSIFICAÇÃO

01- RESIDENCIAL
BARRA-RENDÁ COM RUS
MONTEBISCO

NUMERO INIZIALE	LINEA	DATA
033515051	INCA	25/04/2016

ASSINTELAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA ATUALIZAÇÃO
26/03/2019	2014014251	3621434

CONTABILIZADO	RECIBIDO
7019623203	09/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VISTORIA EM JUIZADO
03/10/2018	26/10/2018
TOTAL A PAGAR	29,53

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,00000000	0,18899459	5,68
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	54,00000000	0,32038215	17,3
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,78
Contrib. Idu. Pólis e Municipal			2,56
Multa por atraso-EE 026018759 - 27/07/18			0,82
Juros por atraso-EE 026018759 - 27/07/18			0,61
Atualização ICMS EE 026018759 - 27/07/18			0,37

TOTAL DA FATURA

29.53

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO - QUITA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
11388	CAT	28-08-2018	18.962,00	26-09-2018	19.144,20	28	1,0000		94,20

Gráfico de barras horizontais - Evolução de vendas (maio 2014)

Mês	Vendas
SET 10	94
AGO 10	118
JUL 10	120
JUN 10	90
MAR 10	94
AGO 13	83
MAR 13	88
FEV 13	86
JAN 13	83
DEZ 12	102
NOV 12	96
OUT 12	77
SET 12	80

ICMS
PIS
COFINS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE
25,17	1,03	0,25
25,17	4,50	1,13

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845
Energia de Sinalização	108	2,915
Tubo de	106	5,895
Total	86	104,33

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845
Energia de Sinalização	108	2,915
Tubo de	106	5,895
Total	86	104,33

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845
Energia de Sinalização	108	2,915
Tubo de	106	5,895
Total	86	104,33

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845
Energia de Sinalização	108	2,915
Tubo de	106	5,895
Total	86	104,33

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845
Energia de Sinalização	108	2,915
Tubo de	106	5,895
Total	86	104,33

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845
Energia de Sinalização	108	2,915
Tubo de	106	5,895
Total	86	104,33

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845
Energia de Sinalização	108	2,915
Tubo de	106	5,895
Total	86	104,33

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845
Energia de Sinalização	108	2,915
Tubo de	106	5,895
Total	86	104,33

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845
Energia de Sinalização	108	2,915
Tubo de	106	5,895
Total	86	104,33

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845
Energia de Sinalização	108	2,915
Tubo de	106	5,895
Total	86	104,33

Produtos mais vendidos

Produto	Qtd	Valor
Gerador de Energia	118	48,375
Transformador	114	5,895
Sistema de Energia	112	27,405
Parafusos de Energia	110	0,845

DESEMPENHO IMPORTANTE

Figura 10: parte mais parte de rocha mássica com um nível de foliação. A foliação é formada por uma série de camadas de cristais de calcário, com espessuras variando de 10 a 20 cm, e é interrompida por camadas de calcário com espessuras variando de 10 a 20 cm. A foliação é formada por uma série de camadas de cristais de calcário, com espessuras variando de 10 a 20 cm, e é interrompida por camadas de calcário com espessuras variando de 10 a 20 cm.

ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

Costul unitar al fiecărei pagini este de 100 lei (100.000 lei) și este egal pentru toate tipurile de publicații.

Verdict	Received	Value	Verdict	Received	Value
Verdict	Received	Value	Verdict	Received	Value

Em caso de não pagamento do débito, a União poderá se valer da autoridade administrativa para assegurar sua execução nos regimes de crédito do SPC e SERASA, com sanções fiscais nacionais. Esta forma de cobrança não constitui a criação de ônus ou preferência bem como não altera o regime de distribuição de renda que poderá ser estabelecido para o fim proposto.

INDICADOR DE PERFORMANCE DE INVESTIMENTOS					INDICADOR DE RISCO		
CONCEITO	VALOR APLICADO	LIMITE MINIMO	LIMITE MAXIMO	LIMITE ANALISE	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)	
	0,00	0,43	10,00	21,75	220	inferior	superior
DIG	0,00	3,36	6,73	13,45			
FIC	0,00	3,33	0,00	0,00			
CMC							

Fonte: INCEM, 12/22. Dado: V = Valor de Referência de Uso do Sistema. Tensão de Operação = 220 V, 50 Hz.

CONECTIVO	MÊS ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
CONJUNTO DE LÂMPADAS	08/2018	03/10/2018	29,53

83810000000-0 29530011007-2 01952320310-2 12847667703-0



EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ANTONIO TOME DE SOUZA 573

ALTO DA CONCEICAO/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA/PE
55903-220

DATA CONTAMIN	VERIFICADO
1130135025	08/2018
DATA DE FIM DO MANTO	DATA DE FIM DO MANTO
03/09/2018	12/09/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	181,32

13/08/2018	2000530115	3880541
------------	------------	---------

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Alimento(s)	182,0000000	0,77394272	140,86
Acréscimo Bandeira's Fintech SA			12,00
Contribuição Iluminação Pública			8,88
Multa por atraso NF 023831502 - 12/07/18			2,78
Juros por atraso NF 023833389 - 12/07/18			0,38
Atualização IGP-M NF 023832559 - 12/07/18			0,19
Doação APAE - 0800 722 7723			15,00

104.32

CONSUMO DE COMBUSTÍVEL E LUBRIFICANTES								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (km/l)
100714	CA1	DATA 13/07/2018	LEITURA 5.747,00	DATA 13/08/2018	LEITURA 5.929,00	32	1,00000	162,00

PERÍODO DE REFERÊNCIA		VALORES EM REAIS		CONTRIBUIÇÃO DO CONTRIBUÍDO		
AGO 18	182	SALGOS DE		Transmissão de Energia	R\$ 1,28	0,24%
AGO 18	182	20,50		Manutenção de Circuitos	R\$ 28,40	13,05%
AGO 18	182	ICMS		Perdas de Energia	R\$ 0,24	0,99%
AGO 18	182	PIS		Amortização Retenção	R\$ 7,50	3,35%
AGO 18	182	COFINS		Tributação	R\$ 50,31	22,59%
AGO 18	206			Total	R\$ 164,18	100%

Month	Number of Cases
MAR 18	220
FEV 18	214
JAN 18	220
DEC 17	197
NOV 17	178
OCT 17	161
SET 17	146
AGO 17	134

[illegible][illegible]

TENSÃO TAL (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	
	inferior	superior

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO À LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 9.613/98.

Pelo exposto, eu GEORGE CARLOS MELO LIMA Inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.475.324/29 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ROBSON RODRIGUES ALVES Inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.075.864/48 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ROBSON RODRIGUES ALVES, Inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.075.864/48, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: RECUSO Renda: RECUSO e apresento os documentos comprobatórios: RECUSO INFORMAR

☒ Recuso Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residência 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>ANTÔNIO TOME DE SOUZA</u>		Número	<u>573</u>	Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>SÃO CRISTÓVÃO</u>	Cidade	<u>SERRA TALHADA</u>	Estado	<u>PE</u>	CEP
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>87.48878-5033</u>	Telefone celular (DDD)	<u>87.4.9998-1477</u>

SERRA TALHADA PE 01 de NOVEMBRO de 2018
Local e Data

George Carlos Melo Lima
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, RODRIGO CESAR DE OLIVEIRA SILVA,

RG nº _____, data de expedição 1/1/,

Órgão ", portador do CPF nº 072.453.874-7 com

domicílio na cidade de SERRA TALHADA, no Estado de

PERNAMBUCO onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

EMÍDIO NUNES SILVA, nº 80,

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

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

vítima ROBSON RODRIGUES ALVES cujo o condutor era

ROBSON RODRIGUES ALVES.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA NXR 150

Ano: 2010

Placa: PER.3238

Chassi: 9C2KD6529AR081429

Data do Acidente: 06/02/2018

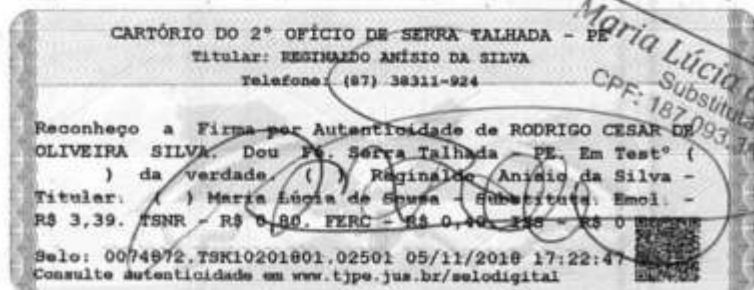
Local e Data: SERRA TALHADA - PE



Rodrigo Cesar de Oliveira Silva
Assinatura do Declarante

Robson Rodrigues Alves

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



BOLETIM DE EMERGÊNCIA					Nº: 93	
Data: 06.07.2018		Hora: 18:25				
Nome: Roberto Rodrigues Oliveira			Estado Civil: casado			
Nascimento: 05.03.91		Sexo: m				
Escolaridade: 2º Grau		Profissão: desempregado				
Mãe: Maria das Graças Rodrigues Oliveira			Responsável: Thiago			
Endereço: Rua Edmundo Lima 46						
Bairro: Coque		Município: D. J. PE		Fone: 9.9610.3159		
Cartão SUS:		RG/CPF: 8.727.788				
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda	Amarela	Indígena	
PA:	Pulso:	HGT:	Temperatura:	Peso:		
História e Exame Físico: Queda de altura hematoma no antebraço deformidade no pé E no dor alargo						
Tratamento: - Suel de de pé E - Voltar ao trabalho - Solução de dor no pé E - Imobilizar talo Boto. E						
Hipótese Diagnóstica:			Carimbo e Assinatura:			
Trauma pé			Reinaldo Santos Médico 332			
Destino do Paciente:	Internado	Residência	Transferido	Evasão		
Removido para o hospital:						
Óbito às		hrs do dia				

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

SUS Sistema Unico de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Saúde Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

81618727788

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

706800264376125

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - 12 DO 1º ESTABEC.

41176

9 - NOME DO PACIENTE

Robson Rodrigues Alves

10 - DATA DE NASCIMENTO

05/03/1991

11 - SEXO

Masc. ☒ Fm. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Mariana das Graças Rodrigues Alves

DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO

81991699268

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua Omécio Nunes Silva 36

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Sina Talhada - PE

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

fr fril e fr (B)

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

fr

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fr fril e fr (B)

22 - CID. 10 PRINCIPAL

S82.5

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fr fril e fr (B)

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

0408.05049-7

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

31 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Ebenone Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 15.122
Fono: 99915-0112

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/07/18

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Francisco Anselmo Magalhães
CRM: 5382

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

42 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

43 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIIH)

261810409242-4

44 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

45 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

MOTIVO DA ALTA:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

DATA DA INTERNAÇÃO: 11/07/18



HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA

CLÍNICA

CIRURGICA

Atendimento: 11/07/2018

Prontuário: 00041176

Registro: 00085645

Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ROBSON RODRIGUES ALVES

Data Nascimento: 05/03/1991

Idade: 27 Anos, 4 Meses

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: ARMADORC

Naturalidade:

Nacionalidade:

Pai: EDILSON RODRIGUES ALVES

Mãe: MARIA DAS GRACAS R ALVES

Paciente: EMÍDIO NUNES DA SILVA

Nº 48

SOMBA

Cidade: SERRA TALHADA

Estado: PE

Telefone: 99699268

SÍNTOMAS DA OCORRÊNCIA

Trânsito []

Acidente de Trabalho []

Outros Acidentes []

Agressão []

Casual []

Outros []

Acompanhante:

Telefone para Contato:

Observação:

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

Rau em H M

ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS

R+ de M

Exatidão Final

Data do Atendimento:

Recebido []

Decisão Médica [X]

Alterado []

Alta a Pedido []

Transferido []

Transferência []

Teto+48h []

Evasão []

Teto+48h []

Indisciplina []

Data do Internamento: 11/07/2018

Data da Alta: 13/07/18

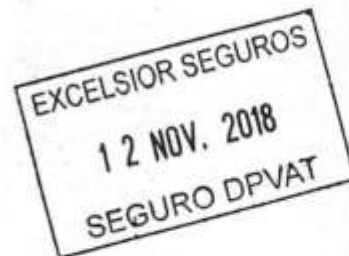
Médico Responsável

Procedimento: <i>Int fnt fnt fnt</i>	Nº do Procedimento:		
Início:	Término:		
<i>Chenue</i>	1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesiista: <i>Adrian</i>

1) Adm

2) Adm

*3) redução + furo de ft com 10 ml
ponto epineuro*



Assinatura do Cirurgião

0410429/18

Dr. João Cesar da Cunha

CRM: 10990
CLÍNICA MÉDICA - MEDICINA DO TRABALHO
ENDOCRINOLOGIA
Fone: (87) 3831-0018

**ROBSON RODRIGUES ALVES**

Paciente vítima de acidente, queda de moto em via pública, vindo a sofrer um trauma no pé esquerdo. Após exames de imagem foi constatado uma fratura no maleolo do pé esquerdo. Foi encaminhado ao Hospital São Francisco, onde foi submetido a uma cirurgia com colocação de parafusos na região maleola medial do pé esquerdo.

Na avaliação clínica de sequelas por mim realizado ao paciente dia de hoje sob exame físico-clínico visual, mecânico ativo e passivo e motor sob manobra, tem o paciente apresentando como sequela muita dor no local da fratura, dificuldade para o agachamento em 50%, apresentando marcha claudicante.

Apresentando déficit funcional em 60% na função de moto-taxista.

Dr. João Cesar da Cunha
Medicina do Trabalho
CRM: 10990

Serra Talhada, 19 de Novembro de 2018

**UNICLIN**

MÉDICOS ASSOCIADOS

Dr. George Alessandro
Maranhão Conrado
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Adauto José
Mourato de Barros
ANGIOLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
CIRURGIA GERAL

Dr. Valda Lucia
Moreira Luna
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Josildete Lorena
V. Duque
GINECOLOGIA - OBSTETRICA

Dr. Daniele Padilha
Lapa
PEDIATRIA - NEONATOLOGIA

Dr. Joab J. Menezes
CARDIOLOGISTA

Dr. Fernando Monteiro
PROCTOLOGISTA

Dr. Tadeu Menezes
ULTRASSONOGRAFIA

Dr. Johan Cristina
Xavier
ORTOMOLGISTA

Labomed
LABORATORIO

06/07/88

9.9969-9268

9.

03499959-5241

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME: **RODRIGUES ALVES**
COC. IDENTIDADE / CRLH. EMISSOR / UF: **8727788 SDE PE**
CPF: **094.075.864-48** DATA NASCIMENTO: **05/03/1991**
FILIAÇÃO: **EDILSON RODRIGUES ALVES**
MARIA DAS GRACAS RODRIGUES ALVES
PROFISSÃO: **PERMISSÃO** ACC: **SS** CAT. HAB: **SS**
IP REGISTRO: **05049765086** VALIDADE: **12/08/2014** PROROGAÇÃO: **12/08/2013**

OBSERVAÇÕES:
Exerce Ativ Remunerada

Robson Rodrigues Alves
Assinatura do Portador

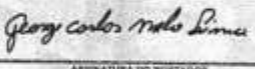
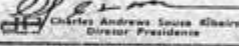
LOCAL: **SENRA TALHADA - PE** DATA EMISSÃO: **13/08/2013**
Leandro
Assinatura do Emissor

02515150988
PE049723563

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
757716603

PROJETO PLATIFICAR
757716603

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1482661245	NOME GEORGE CARLOS MELO LIMA
	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 5840550 SSP PE
	CPF 008.475.324-29
	DATA NASCIMENTO 03/05/1978
	FILIAÇÃO GILBERTO CARLOS DE LIM A MARIA DE LOURDES MELO DE LIMA
	PERMISSÃO AB
	ACC AB
	CAT. HAB AB
	Nº REGISTRO 02136855400
	VALIDADE 30/06/2023
	1ª HABILITAÇÃO 18/12/2001
	OBSERVAÇÕES KAR CMTZ
	 ASSINATURA DO PORTADOR
	LOCAL SERRA TALHADA, PE
	DATA EMISSÃO 24/07/2017
	 Charles Andreas Sousa Ribeiro Diretor Presidente
	ASSINATURA DO EMISSOR 23810552568 PE079966268
PROIBIDO PLASTIFICAR 1482661245	PERNAMBUCO

EXCELSIOR SEGUROS
 12 NOV. 2018
 SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 9641958670

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	INSTR.	EXERCÍCIO
1	254350661	*****	2012

RODRIGO CESAR DE OLIVEIRA SILVA

SERRA TALHADA-PE

PLACA	PER3238
-------	---------

PLACA	PER3238
CLASS	9C2YDC3203R061479

COMBUSTÍVEL ALCO GASOL

ANOMOD 2010

ANOMOD 2010

COR PREZANTE PRETA

CATEGORIA PARTIC

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

VENO COTA UNICA

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

PE Nº 9641958670

BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO	2012
-----------	------

PLACA	PER3238
-------	---------

RODRIGO CESAR DE OLIVEIRA SILVA

SERRA TALHADA-PE

BILHETE DE SEGURO DPVAT

PE Nº 9641958670

EXERCÍCIO	2012
DATA EMISSÃO	04/09/12

PLACA	PER3238
-------	---------

CPE / CNPJ 072.452.874-79

RENAVAM 254350661

MARCA/MODELO HONDA/NR150 EROS MIX ES

ANOMOD 2010

CLASS 9C2YDC3203R061479

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$)

DETRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

DATA DE DUTICAÇÃO

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA UNICA

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT-S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT

PLACA 254350661

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180531696 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180531696 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO MEDIAL DO PÉ ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

DANOS

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

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180531696 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PÉ ESQUERO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA RADIOGRAFIA QUE APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180531696 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES **Data do acidente:** 06/07/2018 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO ESQUERDO

Descrição do exame médico pericial: LIMITAÇÃO DE FLEXO-EXTENSÃO DO PÉ ESQUERO

Resultados terapêuticos: VÍTIMA APRESENTA RADIOGRAFIA QUE APRESENTA FRATURA CONSOLIDADA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO TORNOZELO ESQUERDO

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/01/2019

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Andre Gustavo Ferreira de Souza

CRM do médico: 19340

UF do CRM do médico: PE

DANOS

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

PRESTADOR

SAUDESEG SISTEMAS DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: GALDINO LEONARDO

CRM do médico: 17727

UF do CRM do médico: PE

Assinatura do médico:

Procuração

EXCELSIOR SEGUROS
12 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

Outorgante(s):

Nome: ROBSON RODRIGES ALVES
R.G.: P727988 SDS-PE C.P.F.: 094.075.864-48
Endereço: EMÍDIO NUNES SILVA N: 46
CEP: 56.906.515 Cidade/UF: SERRA TALHADA-PE

Outorgado(s):

Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
R.G.: 5840550 SSP-PE C.P.F.: 008.475.324-29
Endereço: ANTÔNIO TOME DE SOUZA - 523
CEP: 56.903.220 Cidade/UF: SERRA TALHADA-PE

Pela presente procuração o Outorgante confere ao Outorgado, poderes específicos para propor, solicitar, acompanhar, providenciar documentos junto a Polícia Civil, Polícia Rodoviária Federal e Estadual, Polícia Militar, interpor pedidos e recursos legais cabíveis, convir e reconhecer a procedência do pedido, preencher e assinar o formulário de Autorização de Pagamento de Sinistro DPVAT, transigir, desistir, confessar, receber, dar quitação junto à Seguradora Lider dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A e a qualquer Seguradora, podendo ainda, substabelecer esta, com ou sem reserva de iguais poderes, no todo ou em parte, tudo com o fim especial de requerer indenização de Seguro DPVAT Morte, Invalidez Permanente Total ou Parcial e/ou Despesas Médico-Hospitalares, referente ao acidente de trânsito envolvendo a vítima

ROBSON RODRIGES ALVES
ocorrido na data em 06.10.2018

Local: SERRA TALHADA-PE Data: 05.11.2018

Robson Rodrigues Alves
Assinatura do Outorgante

A assinatura deverá ser reconhecida por autenticidade ou verdadeira.

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA
Titular: REGINALDO ANÍSIO DA SILVA
Telefone: (87) 39311-924
Substituta: Maria Lúcia de Sousa
C.P.F.: 187.093.384-20

Reconheço a Firma por Autenticidade de ROBSON RODRIGES ALVES. Dou Fé. Serra Talhada - PE. Em Teste () da verdade. () Reginaldo Anísio da Silva - Titular. () Maria Lúcia de Sousa - Substituta. C.P.F.: 187.093.384-20
- R\$ 0,80. FERC - R\$ 0,40. ISS - R\$ 0,20.

Selo: 0074872.DDS10201801.02500 05/11/2018 17:22:47
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410429/18

Número do Sinistro: 3180531696

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

CPF: 094.075.864-48

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

CPF de: Próprio

Data do acidente: 06/07/2018

Titular do CPF: ROBSON RODRIGUES
ALVES

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 26/11/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0410429/18

Vítima: ROBSON RODRIGUES ALVES

CPF: 094.075.864-48

Seguradora: ESSOR SEGUROS S.A.

Data do acidente: 06/07/2018

Titular do CPF: ROBSON RODRIGUES ALVES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

GEORGE CARLOS MELO LIMA : 008.475.324-29

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

ROBSON RODRIGUES ALVES : 094.075.864-48

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/11/2018
Nome: GEORGE CARLOS MELO LIMA
CPF: 008.475.324-29

GEORGE CARLOS MELO LIMA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2018
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO