

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECABWEB/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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Antonio Marcos Nogueira de Aguiar inscrito (a) no CPF/CNPJ 508.791.549 / 20 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Camila Bezerra dos Santos inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.336.571 / 24, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vitima Camila Bezerra dos Santos, inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.336.571 / 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 a 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 Luiz Alves de Melo Lima</u>		Número <u>850</u>	Complemento <u>Casa</u>
Bairro <u>AA3B</u>	Cidade <u>Serra Talhada</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56912-120</u>
Email	Telefone comercial(DDD) <u>87-9992 8435</u>		Telefone celular (DDD) <u>99608 2811</u>

S. Talhada, 03 de Janeiro de 2018
Local e Data

Antonio Marcos Nogueira de Aguiar
Assinatura do Declarante





HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR - Clínica Cirúrgica

Registro nº 2211 Data 16/06/17 Hora _____

PACIENTE

Nome Conite Bezerra dos Santos Data de Nascimento 11/12/88

Sexo Fem Idade 29 anos Cor parda Estado Civil casada

Naturalidade Serra Talhada Profissão Agricultora

Endereço Rua da 36 Zeti 05 - Vila Bela

Filiação maria das Graças Bezerra dos Santos

Telefone (87) 9-9629-3279 N.º Doc. (RG, CPF, CN, etc.) _____

Trazido por Bombeiro

Endereço _____ Telefone (____) _____

OCORRÊNCIA

Local do Acidente _____ Data ____/____/____ Hora ____:____:____

Natureza do acidente ☐ Casual ☐ Tentativa de homicídio ☐ Acidente de trânsito
☐ Queda ☐ Intoxicação ☐ Outras Causas
☐ Agressão ☐ Acidente de Trabalho

HISTÓRIA DOENÇA ATUAL

transm. em Per D 1-1-01

EXAME FÍSICO

Rx + ch + prout

Diagnóstico Provisório

Ent. Expost. 1 Tit. D
Ent. 1 Tumor D

Conduta

Tr. Quim



Hospital São Vicente

Data do Atendimento: 17/07/2017		Nº Registro: 000080745	
Identificação do Paciente: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS		306 - TRAUMA FEM. 03	
Data Nascimento: 11/12/1988	Idade: 28	Sexo: Feminino	Cor: Branca
Estado Civil: Casado(a)	Profissão: AGRICULTORA	Naturalidade: SERRA TALHADA	Nacionalidade: Brasileiro
Filiação: Pai: ESPEDITO LUIZ DOS SANTOS		Mãe: MARIA DAS GRACAS BEZERRA DOS SANTOS	
Endereço: QUADRA 36 LOTE A		01	
Bairro: Vila Bela	Cidade: SERRA TALHADA	Estado: PE	Telefone: (87) 9937-1716
ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:			
Acidente de Trânsito [] Acidente de Trabalho [] Outros Acidentes [] Agressão []			
Suicídio [] Casual [] Outros []			
Nome do Acompanhante:		Telefone para Contato:	
Endereço:			
Local da Ocorrência:			
ANAMNESE E EXAME FÍSICO			
<i>Doença pré-existente: NENHUMA</i> <i>Doença atual: Trauma de cabeça</i> <i>Doença pré-existente: NENHUMA</i> <i>Doença atual: Trauma de cabeça</i> <i>Doença pré-existente: NENHUMA</i> <i>Doença atual: Trauma de cabeça</i>			
Diagnóstico Inicial: <i>Fratura fechada da tíbia e fíbula</i>			
S.A.D.T.			
Diagnóstico Final: <i>FRAT. TÍBIA</i> ①			
CONDIÇÃO DE ALTA			
MOTIVO DA ALTA			
Melhorada ☒	Decisão Médica ☒	Data do Internamento: 17/7/17	
Inalterado ☐	Alta a Pedido ☐	Data da Alta: 19/9/17	
Piorado ☐	Transferência ☐	Local: <i>Antônio Rodrigues de Freitas</i>	
Óbito+48h ☐	Evasão ☐	CPF: 026.556.003-25 CRM: 7351	
Óbito-48h ☐	Indisciplina ☐	Médico Responsável	
Óbito em:			
Hora:			

Cirurgia Realizada:

Exatose Tíbia

Nº do Edimento:

Data: 18/07/17

Início:

Término:

Cirurgião:

Arbui

1º Auxiliar:

Pedro

2º Auxiliar:

Luiz Renato

Anestesia:

Locais

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Exatose Tíbia AMPST - MID +
 Sutura face Sutura fechada +, suc
 + Sutura Sutura por Sutura, Sutura
 da Sutura, Sutura Sutura
 + Sutura Sutura, Sutura 01 HASTE
 Bloqueador Tíbia
 03 Sutura Sutura Sutura
 01 P. Sutura, Sutura por Sutura
 + Sutura
 Radiografias Sutura Sutura.



Assinatura:

Antônio Rodrigues de Freitas
 CPF: 000.532.890-25 CRM: 7351



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que

Carla Borges da Silva
Necessita de 60 (sessenta) dias de licença para tratamento de saúde, a partir da presente data.

CID = S82.9

Serra Talhada, 03 / 08 / 7

Dr. Sérgio Pinto Rêgo
Otorrinolaringologista
CRM-PE 18426

Médico - CRM





Hospital São Vicente

Rua Inocêncio Gomes de Andrada, 603
Centro - Telefone: (87) 3831-1847
Serra Talhada - Pernambuco
CNPJ 10.280.543/0001-63

CÂMERA BETERRA DOS SANTOS

PACIENTE REMANESCENTE DE
FRATURAS FREQUENTES DE
TIBIA DIREITA, SUBMETIDA
TODA A TDO CURAR ESTO.
INAPAZ AO TRABALHO
POR 04 (QUATRO) MESES

19/7/17

Pedro Aureliano de Almeida
Ortopedista / Traumatologista
Ortopedia Infantil
CRM-PE 10430



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL SÃO VICENTE	2351633

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO		NOME ATEND.	
020.336.571-24			
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	6 - SIS PRE NATAL	7 - SENHA/REGULAÇÃO	8 - N° DO PRONTUÁRIO
706209509665667			000080745
9 - NOME DO PACIENTE		10 - DATA DE NASCIMENTO	11 - SEXO
CAMILA BEZERRA DOS SANTOS		11/12/1988	Feminino
12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL		DDD 13 - TELEFONE DE CONTATO	
MARIA DAS GRACAS BEZERRA DOS SANTOS		(87) 9937-1716	
14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)			
QUADRA 36 L OTE A			
15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		16 - COD. IBGE MUNICÍPIO	17 - UF
SERRA TALHADA		PE	18 - CEP
		56907-070	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO	
<i>Posição profissional H1E + de peritórax, necessitando de D, sup, angli, focal brônquica, dor in superoventriculal H1D</i>	
20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
<i>Rx, ECG sin ST+ph</i>	
21 - DIAGNÓSTICO INICIAL	22 - CID. 10 PRINCIPAL
<i>Infecção Sanguínea Tílica</i>	<i>S828</i>
23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	24 - CID. 10 SECUNDÁRIO
<i>Infecção Malolototrofo</i>	
25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
<i>Abstinência de Ruptura</i>		<i>0408050500</i>	
28 - CLÍNICA	29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	30 - DOCUMENTO	31 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)
306 - TRAUMA FEM. 01	☒ X ☐ CNS ☐ CPF		<i>0408050478</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO SOLICITANTE/ASSISTENTE		34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)	
<i>Antonio Rodrigues de Freitas</i> CPF: 030.473.994-41 CRM: 16278		<i>Maírciana Pereira Ferreira</i> CPF: 030.473.994-41 CRM: 16278	
33 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - DATA DO PROCEDIMENTO	
17/07/2017			

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	38 - CNPJ DA SEGURADORA	39 - N° DO BILHETE	40 - SÉRIE
36 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			
37 - ☐ ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - CNPJ DA EMPRESA	42 - CNAE DA EMPRESA	43 - CHOR
44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO		46 - COD. ORGÃO EMISSOR	
47 - DOCUMENTO	48 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)	
☐ CNS ☐ CPF		<i>261208 2017070320-3</i>	
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		MOTIVO DA ALTA	
		<i>12</i>	
50 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO/CONSELHO)		CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
<i>Illo Pereira de Andrade Melo</i> CPF: 153.272.214-15 CRM: 8603 Médico Autorizador		<i>PR</i>	
		DATA DA INTERNAÇÃO	
		<i>17.07.17</i>	
		DATA DA ALTA	
		<i>19.07.17</i>	



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMILTON MAGALHÃES

HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMILTON MAGALHÃES
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Serra Talhada

Nome: CAMILA BECKER DOS SANTOS

AO HOSP. SÃO VICENTE:

MOX. TRAT. SEGMENTAR

T.T.B.T.A. (D) e MATEBLO
METALIZ. T.M.Z. (D)

① DIETA LIVRE

② DIETA 500-9 (D) 6/6/15

③ METOFORMA/ COAGULO BETA

④ SSU + CCEB

Pedro Aureliano Amorim
Ortopedia / Traumatologia
Ortopedia Infantil
CRM PE 16458

22/07/17
17.7.17
Colúcio 17/07
Ana

Data: 10/7/17

Médico - CRM



HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

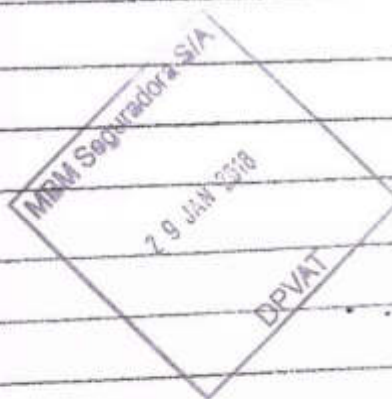
Relatório de Operação

Nome do Paciente	Correia Bezerra da Silva		Número do Registro
Clinica	Traum		Número do Leito
Operador	Dr. Erico Guedes		
1º Assistente			2º Assistente
Instrumentador			Anestesista Dr. Edson P.
Anestesia	Rogon		Duração
Data da Operação	16/06/17	Início	Fim
Diagnóstico Pré-Operatório	Fratura Expost. omr. hum. D.		
Diagnóstico Pós-Operatório	Ibu		
Operação Proposta	Tt. Cirúrgico de Fratura Expost.		
Operação Realizada	Ibu		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Pac. com lesão de nível em nível Cirúrgico
- 2) Anestesia + Antiespasmódico
- 3) Aplicação de gaze Cirúrgica estéril
- 4) Desbridamento + lavagem com SF 0,9%
- 5) Alinhamento da fratura de omr. de hum. D.
+ fixação de Tt. Cirúrgico
- 6) Suturas
- 7) Rx

Dr. Erico Guedes
Traumato-Ortopedia
CRM 11.111



BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Nº: 148

Data: 16-06-14

Hora: 14:37

Nome: Camila Bezerra dos Santos

Nascimento: 11-12-88

Sexo: feminino

Estado Civil: Casada

Escolaridade:

Profissão: Aqueductora

Mãe: Maria das Graças Bezerra dos Santos

Responsável:

Endereço: Quadra 36 lote 05

Bairro: Vila Bela

Município: S. Talhada

Fone: 9629-3219

Cartão SUS:

RG/CPF:

Raça/Cor:

Branca

Preta

Parda

Amarela

Indígena

PA:

Pulso:

HGT:

Temperatura:

Peso: 720kg

História e Exame Físico:

Pc. Membro direito com nódulo L-5
Nódulo perdido de consciência de viramto.
Pc. Camisa, ovário, dor no 15, engor-
ramento no joelho, cor. D. Nódulo
em outros membros.

Tratamento:

- Rx L. Bscio AP
Rx L. coxa D AP / Pmg
Rx L. joelho D AP / Pmg
Rx L. Pm D AP / Pmg
Ao Hcto
Orinda

Hipótese Diagnóstica:

Então Exposto em
Pm D

Carimbo e Assinatura:

Eno K. de Carvalho
Traumatologia
CRM 15325

Destino do Paciente:

☒ Internado

☐ Residência

☐ Transferido

☐ Evasão

Removido para o hospital:

Óbito de:

hrs de:

OBSERVAÇÃO MÉDICA

Data: 19/06/17

Hora:

Paciente:

Outras queixas: Paciente insone em sono por cirurgia ortopédica. ———— Pac - Juliana 338097-0020

Exames Solicitados:

- | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|
| ☐ Hemograma | ☐ LCR | ☐ _____ |
| ☐ Glicose | ☐ HIV | ☐ _____ |
| ☐ Uréia | ☐ VDRL | ☐ _____ |
| ☐ Creatinina | ☐ CKMB | ☐ _____ |
| ☐ Ionograma | ☐ Troponina | ☐ _____ |
| ☐ Leucograma | ☐ _____ | ☐ _____ |
| ☐ Eritrograma | ☐ _____ | ☐ _____ |

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Medicação	Horário	Obs:

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Espaço reservado a Vigilância Epidemiológica Hospitalar

VEH / 16/06/17
Acid. Mito.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS

SECRETARIA DE POLÍCIA JUDICIAL

REPARTIÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO



POLÍCIA JUDICIAL

Camila Bezerra dos Santos

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5126245

DATA DE EMISSÃO 19/OUT/2004

NOME CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

RELACÃO ESPEDITO LUIZ DOS SANTOS
MARIA DAS GRACAS BEZERRA DOS SANTOS

SERRA TALHADA-PE

NATURALIDADE 11/DEZ/1966
DATA DE NASCIMENTO

DOC ORIGEM C.NAS. 32939 FLZ. 170 L. 479 SERRA
TALHADA PE EM 19/12/1966

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR 32952554

LEI Nº 7.110 DE 29/06/93

MINISTERIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

020 336 571-24

CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

12/11/1966

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

020 336 571-24

MeM Seguradora S/A

29 JAN 2018

DPVAT



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **020.336.571-24**

Nome: **CAMILA BEZERRA DOS SANTOS**

Data de Nascimento: **11/12/1988**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **21/06/2004**

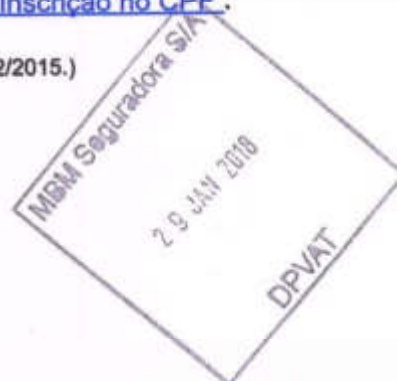
Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:30:53** do dia **04/01/2018** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **328A.F54B.0743.CD3C**



Este documento não substitui o ["Comprovante de Inscrição no CPF"](#).

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO

NOME: ANTONIO MARCOS MOURA DE AGUIAR
 CPF: 2878255 SUP. PE
 DATA DE NASCIMENTO: 19/03/1975

ENDERECO: 508, 791-544-10
 CIDADE: UBERITINO FERREIRA DE AGUIAR
 ESTADO: AGUIAR
 CEP: 791-544-10

DATA DE EMISSAO: 16/06/2020
 VALIDADE: 25/03/1990

NÚMERO DE IDENTIFICACAO: 02189025369

OBSERVAÇÕES:

Assinatura: *Antonio Marcos Moura de Aguiar*
 DATA DE ASSINATURA: 17/06/2015

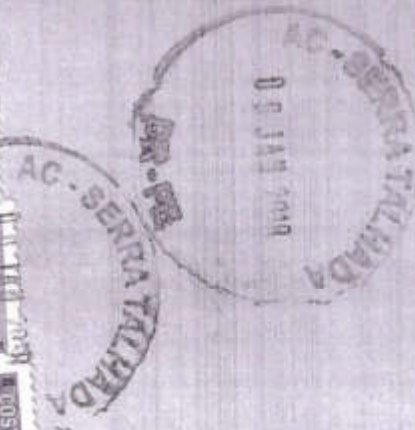
DATA DE VALIDACAO: 17/06/2015

NÚMERO DE IDENTIFICACAO: 02189025369

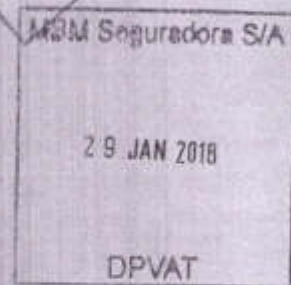
NÚMERO DE IDENTIFICACAO: 02189025369



493



RA = D
BM - Seguradora S/A
AA = dos andradas 772
PTRO - PORRO Alegre-R/S
28 90 020 004
105 andradas do Setor DPVAT

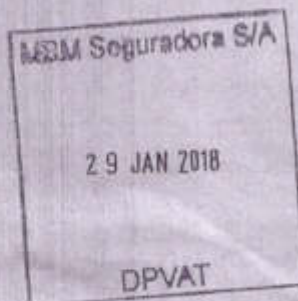


REGISTRADO URGENTE
REGISTERED PRIORITY
Correios
AR
PESO / WEIGHT (g)

De ~~DD~~ Aguiar

Superior
Rua - Comandante Taxada - PE

Centro - Serra
cep = 56 903-490



Termo de esclarecimento

Não estou mandando a declaração de proprietário do veículo, porque a moto que eu conduzia não tinha placa, é uma cinquentinha e o veículo que me atropelou não foi identificado conforme consta no documento dos bombeiros e b.o na delegacia.

OBRIGADA

OBS.: O VEICULO QUE BATEU (COLIDIV) FOI UM CARRO.

Camila Bezerra dos Santos

Serra Talhada, 13 de março de 2018

Camila Bezerra dos Santos



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180048498 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 16/06/2017 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/04/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMA NO MEMBRO INFERIOR E TORNOZELO ESQUERDO

Resultados terapêuticos: DEPENDE DE PERICIA MEDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO NÃO FORAM PERTINENTES PARA QUE O EXAMINADOR VALORASSE COM SEGURANÇA POSSÍVEIS SEQUELAS ADQUIRIDAS

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

Nome do médico: PAULO ARTUR DE ARAUJO AMORIM

CRM do médico: 52.86271-1

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180048498

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

Data do acidente: 16/06/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: A VITIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA SEGMENTAR DA TÍBIA DIREITA, E DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: A VITIMA APRESENTA BLOQUEIO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO.

Resultados terapêuticos: A VITIMA FOI TRATADA POR OSTEOSSÍNTESE DA TÍBIA DIREITA E FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Erlandio de Melo Junior

CRM do médico: 15940

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Carmita Bezerra dos Santos brasileiro(a), estado civil: CASA DA
Profissão: AGRICULTORA, portador(a) do RG 5122 295, órgão expedidor
e do CPF: 020.536.541-24, residente no(a) QUADRA 36 LOTE 01
nº _____, bairro: VILA BELA, município: SERRA TALHADA / PE.

OUTORGADO:

Nome: Antônio Marcos Albuquerque de Aguiar, brasileiro(a), estado civil: Casado
Profissão: Autônomo, portador(a) do RG 2.974.255, órgão expedidor SSP-PE
e do CPF: 508.79.605-49-20, residente no(a) Rua: Luiz Aguiar de Melo Lima
nº 850, bairro: AABA, município: Serra Talhada / PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, seja depositada em minha conta e não na conta do procurador, da vítima Carmela Bezerra dos Santos

Local e Data: _____

Camila Bezerra dos Santos

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Reginaldo Anísio da Silva
Delegatário Titular e Of. do Protesto

CARTÓRIO DO 2º OFÍCIO DE SERRA TALHADA - PE
 Titular: REGINALDO AMÍLIO DA SILVA
 Telefone: (07) 32311-924

Reconheço a Firma por Autenticidade de EMÍLIA RETERRA
DOS SANTOS, Dou. Pa. Serra Talhada - PE, em Test. ()
) da verdade. () Reginaldo Amílio da Silva
 Titular. () Maria Lucia de Sousa - Substituta. Empl.
 - R\$ 3,30. TSMR - R\$ 0,78. PERC - R\$ 2,25. TDS - R\$

Selo: 0074872.FCH11201701.52875 22/08/2017 10:56:31

Consulte autenticidade em ver.tipe.fus.br/seloodig



**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: **3180048498**

Nome do(a) Examinado(a): **CAMILA BEZERRA DOS SANTOS**

Endereço do(a) Examinado(a):

qd 36, 01, lote a - vilabela - Serra Talhada - PE - CEP 56912120

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**RG /PE**] **5128245**

Data e local do acidente: [**16/06/2017**] **SERRA TALHADA**

Data e local do exame: [**17/04/2018**] **Afogados da Ingazeira** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

A VITIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA SEGMENTAR DA TÍBIA DIREITA , E DO TORNOZELO DIREITO

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

A VITIMA FOI TRATADA POR OSTEOSÍNTESE DA TÍBIA DIREITA E FISIOTERAPIA.

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

A VITIMA APRESENTA BLOQUEIO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

[☒] Sim [☐] Não

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

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

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

Região Corporal (Sequela):

Tornozelo 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

Região Corporal (Sequela):

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

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


Dr. Francisco E. Melo Jr.

Osteópata e Traumatologista
CRM - 15940/TEOF-11.921

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Osteopatia e Traumatologia (SBOT)

Francisco Erlandio de Melo Junior - CRM: 15940 - PE

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180048498

Vitima: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180048498**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Comprovante de residência faltando página
- Declaração de Inexistência de IML não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo faltando página

A documentação deve ser entregue na **MBM SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180048498

Vitima: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 16/06/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180048498**.

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 12314716



Rio de Janeiro, 12 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

Sinistro: 3180048498
Vítima: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS
Data do Acidente: 16/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

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 3180048498** 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



Rio de Janeiro, 01 de Maio de 2018

Carta nº: 12732181

A/C: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180048498
Vítima: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS
Data do Acidente: 16/06/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS NOGUEIRA DE AGUIAR

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000914

Conta: 000000035067-3

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

020.336.571-24

Camila Bezerra dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Camila Bezerra dos Santos		CPF titular da conta 020.336.571-24		Profissão Recebe	
Endereço QUADRA 36 LOTE 01		Número		Complemento	
Bairro VILA BELA	Cidade Serra Talhada	Estado PE		CEP	
Email				Telefone (DDD)	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

0914

013

00035067

3

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

SERRA TALHADA 04 de DEZEMBRO de 2014

Local e Data

Camila Bezerra dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



AUTO-ATENDIMENTO - Ag. Serra Talhada
DATA: 03/11/2017 HORA: 09:55:25
TERMINAL: 09141009 CONTROLE: 091410090284

AGENCIA: 0914 - SERRA TALHADA
CONTA : 013.00035067-3
CLIENTE: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

SALDO PARA SIMPLES CONFERENCIA

SALDOS DE POUPANCA POR DATA LIMITE
DEPOSITOS REALIZADOS ATÉ 03/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA VALOR 0,00

DATA 05/10
DEPOSITOS REALIZADOS A PARTIR DE 04/05/2012
SEM AS MOVIMENTAÇÕES DO DIA VALOR 0,71
DATA 05/10

RESUMO EM 01/11 0,71
SALDO

RESUMO DO DIA 0,71
SALDO BLOQUEADO 64,690
SALDO DISPONIVEL 64,690
SALDO TOTAL

"Pense antes de imprimir, conserve o meio
ambiente! Consulte o saldo em tela!"

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101

Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br

BRM Seguradora S/A

29 JUL 2013

DPVAT



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. **17E0267003446**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2017** às **10:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/6/2017** às **20:15**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR-232, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **TREVO DA MALHADA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CAMILA BEZERRA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CAMILA BEZERRA DOS SANTOS**



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

CAMILA BEZERRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS BEZERRA DOS SANTOS** Pai: **ESPEDITO LUIZ DOS SANTOS** Data de Nascimento: **11/12/1988** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5128245/SSP/GO (RG), 02033657124 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 87999131496**

Residencial: **QUADRA- 36 / LOTE- 05 / VILA BELA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 36, QUADRA- 36 / LOTE- 05 / VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

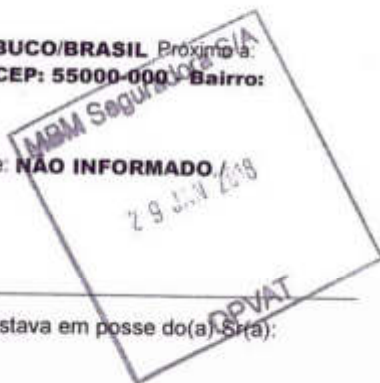
DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NAO INFORMADO** PERNAMBUCO / BRASIL

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

AUTOMOVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Descrição: **NAO IDENTIFICADO.**



MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CAMILA BEZERRA DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Chassi: **LC139FUBKQ033223**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **VEICULO MATRICULADO EM NOME DE: JOSE TALES LIMEIRA DA SILVA. MARCA MODELO: I/LONCIN . VEICULO SEM PLACA.**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESSA DELEGACIA A VÍTIMA AQUI QUALIFICADA, PARA COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA PELA RUA CAPITAO ARLINDO ROCHA NO SENTIDO DA BR-232, QUANDO NO TREVO AO ENTRAR NA RODOVIA BR-232, FOI ABALROADA PELO VEICULO NAO IDENTIFICADO QUE SEGUNDO DECLARA A VÍTIMA, FEZ A CONVERSÃO NO TREVO SEM TOMAR OS DEVIDOS CUIDADOS E SEM RESPEITAR A LEI DE TRANSITO, VINDO A COLIDIR NA VÍTIMA E EVADIR - SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, NÃO SENDO POSSÍVEL SUA IDENTIFICAÇÃO. SENDO A VÍTIMA SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS (CERTIDAO DE OCORRNCIA Nº 183 DOP. / 2017), PARA O HOSPAM, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO COM DR. ENIO K. DE CARVALHO (BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 148).

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

Camila Bezerra dos Santos

CAMILA BEZERRA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**





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. **17E0267003446**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/10/2017** às **10:52**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/6/2017** às **20:15**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR-232, 1 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **TREVO DA MALHADA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
CAMILA BEZERRA DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **CAMILA BEZERRA DOS SANTOS**

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

CAMILA BEZERRA DOS SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS BEZERRA DOS SANTOS Pai: ESPEDITO LUIZ DOS SANTOS Data de Nascimento: 11/12/1988 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 5128245/SSP/GO (RG) 02033657124 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AUTONOMO(A) Telefones Celulares: - 87999131496

Residencial: **QUADRA- 36 / LOTE- 05 / VILA BELA - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE SERRA TALHADA, 36, QUADRA- 36 / LOTE- 05 / VILA BELA - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

AUTOMOVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/VW/GOL** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Descrição: **NAO IDENTIFICADO.**

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **CAMILA BEZERRA DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Chassi: **LC139FUBKQ033223**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012** Combustível: **GASOLINA**

Descrição: **VEICULO MATRICULADO EM NOME DE: JOSE TALES LIMEIRA DA SILVA. MARCA MODELO: I/LONCIN . VEICULO SEM PLACA.**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESSA DELEGACIA A VÍTIMA AQUI QUALIFICADA, PARA COMUNICAR QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA EM TELA PELA RUA CAPITAO ARLINDO ROCHA NO SENTIDO DA BR-232, QUANDO NO TREVO AO ENTRAR NA RODOVIA BR-232, FOI ABALROADA PELO VEICULO NAO IDENTIFICADO QUE SEGUNDO DECLARA A VÍTIMA, FEZ A CONVERSÃO NO TREVO SEM TOMAR OS DEVIDOS CUIDADOS E SEM RESPEITAR A LEI DE TRANSITO, VINDO A COLIDIR NA VÍTIMA E EVADIR - SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, NÃO SENDO POSSÍVEL SUA IDENTIFICAÇÃO. SENDO A VÍTIMA SOCORRIDA PELO CORPO DE BOMBEIROS (CERTIDAO DE OCORRNCIA Nº 183 DOP. / 2017), PARA O HOSPAM, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO COM DR. ENIO K. DE CARVALHO (BOLETIM DE EMERGENCIA Nº 148).

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

CAMILA BEZERRA DOS SANTOS
(VITIMA)

B.O. registrado por: **IVANILDO SALVADOR DE MELO** - Matrícula: **2209411**



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180048498

Cidade: Serra Talhada

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

Data do acidente: 16/06/2017

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: A VITIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA SEGMENTAR DA TÍBIA DIREITA , E DO TORNOZELO DIREITO

Descrição do exame médico pericial: A VITIMA APRESENTA BLOQUEIO DOS MOVIMENTOS DE FLEXO-EXTENSÃO DO TORNOZELO.

Resultados terapêuticos: A VITIMA FOI TRATADA POR OSTEOSSÍNTESE DA TÍBIA DIREITA E FISIOTERAPIA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do tornozelo direito

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 17/04/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Francisco Erlandio de Melo Junior

CRM do médico: 15940

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 médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

CPF da Vítima

Data do Acidente

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

_____, _____ de _____ de _____
Local e Data



Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

William Bezerra de Oliveira

CPF da Vítima

766.030.163-20

Data do Acidente

22/07/17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

MBM Seguradora S/A

20 FEV 2018

DPVAT

Assinatura 25 de Janeiro de 2018

Local e Data

William Bezerra de Oliveira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/2 – 3º Grupamento de Bombeiros

SERRA TALHADA - PE, 13 de setembro de 2017.

Andre Pereira da Silva
ANDRÉ PEREIRA DA SILVA

Ten Cel. QOC/BM

MAF. 920435-0GB

RG. 2792012-7

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA N° 183 DOp./2017

O Chefe da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação da Sra. CAMILA BEZERRA DOS SANTOS, RG 5128245 SPTC/GO e CPF 020.336.571-24, residente à Quadra 36, Lote 05, Bairro Vila Bela, Serra Talhada-PE, CERTIFICA que foi deslocada a viatura AR 642 da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros de Serra Talhada-PE, às 20h15min do dia 16 de junho de 2017, comandada pelo Cb QBMG 1/707397-6 HÉRCULES PEREIRA DE BARROS, para uma ocorrência de ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR (VÍTIMA DE COLISÃO CARRO X MOTOCICLETA), sendo vitimada a solicitante, a qual declarou que estava conduzindo uma motocicleta modelo Cinquentinha Itálica 50, cor preta, sem emplacamento. O acidente ocorreu na BR 232, KM 415, Bairro DNOCS, Serra Talhada-PE e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura aberta no membro inferior direito e escoriações nos membros superiores direito e esquerdo, a qual foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. Enio, CRM 15926, prontuário 149. A presente certidão segue assinada por mim, CAP QOC/BM WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS, respondendo pela Chefia da Divisão de Operações do 3º Grupamento de Bombeiros.

3º Grupamento de Bombeiros, BR 232 (Av. Vicepte Inácio de Oliveira), Km 413, Cachoeira II, Serra Talhada, PE. CEP: 56.906-000. Fone/Fax: (87) 3831 9382/3831 9383. E-mail: 3gb@bombeiros.pe.gov.br CNPJ: 00.358.773/0017-01.

MMB
Chefe da Divisão de Operações
29 JAN 2018

DPVAT

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 25/04/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000035067-3

Nr. da Autenticação 8607AC11EA4F1268



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL FATURA CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50030-902
CNPJ 10.835.522/0001-88 (exc. Est. 0002943-83) www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
CAMILA BEZERRA DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
Rua LUI-36 S - A

CPF: 020.336.571-24 INS: 18221428479

VILA BELA/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
55007-070

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NSI
Mantida

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7019481055	02/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA A LETURA
14/03/2018	26/03/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	5,08

Nº DA NOTA FISCAL	LEITE	EXCLUSÃO
007377953	UNICA	27/02/2018
APRESENTAÇÃO: TIPO DO CLIENTE	Nº DA FISCALIZAÇÃO	
02/03/2018	2012988371	8000183

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 20 kWh	70.0000000	0.18253113	5.08
TOTAL DA FATURA			5,08

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA	ANTERIOR	LEITURA	DATA	ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE
2709488	CAT	26/02/2018	MT-33	2700	27/02/2018	2870	2870	29	1,0000

HISTÓRICO DE CONSUMO				INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
Mês/Ano	Consumo (kWh)	Base de Cálculo	%	Valor do Imposto			
FEV 18	30						
MAI 18	30						
AGO 18	30						
NOV 18	30						
FEB 19	30						
MAR 19	30						
ABR 19	30						
MAY 19	30						
JUN 19	30						
JUL 19	30						
AGO 19	30						
SET 19	30						
OCT 19	30						
NOV 19	30						
DEZ 19	30						
JAN 20	30						
FEB 20	30						

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
As informações contidas neste documento são de caráter informativo e não constituem oferta de seguro. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido das informações aqui contidas. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido das informações aqui contidas. A Celpe não se responsabiliza por danos materiais ou morais decorrentes do uso indevido das informações aqui contidas.

ANEXO 1 - TABELA DE PREÇOS DE VENDA DE ENERGIA ELÉTRICA					
Venda	Quantidade	Valor	Venda	Quantidade	Valor
20000	10000	1,00	20000	10000	1,00
20000	10000	1,00	20000	10000	1,00
20000	10000	1,00	20000	10000	1,00

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES				NÍVEL DE DETECÇÃO			
Intervalo	Valor	Limite	Limite	Intervalo	Valor	Limite	Limite
Intervalo	Valor	Limite	Limite	Intervalo	Valor	Limite	Limite

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
7019481055	02/2018	14/03/2018	5,08
838900000005 050800110079 019481055100 113953262438			