

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072876 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO **Data do acidente:** 11/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P2
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072876 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO **Data do acidente:** 11/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072876 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO **Data do acidente:** 11/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. P2
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: APÓS FEITA REVISÃO DA AMD, EVIDENCIAMOS QUE A SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072876 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO **Data do acidente:** 11/06/2018 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO DA PATELA DIREITA COM LESÃO LIGAMENTAR.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO.
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME- SEVERINO LIMA DE MELO
NACIONALIDADE- BRASILEIRO
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 4.810.132 SSP/PE - CPF 920.618.004-59
ENDEREÇO- RUA PRICILIANO M SILVEIRA, Nº 156, CENTRO, SURUBIM-PE
COBERTURA: INVALIDEZ DATA DO ACIDENTE: 11/06/18

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTIUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

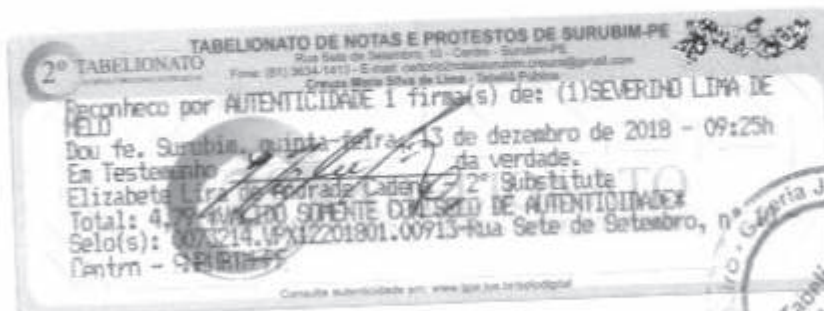
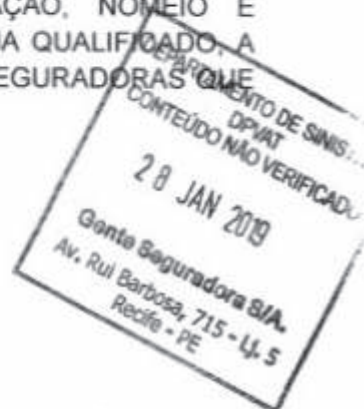
SURUBIM- PE 13 DE DEZEMBRO 2018



Severino Lima de Melo

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031460/19

Número do Sinistro: 3190072876

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

CPF: 920.618.004-59

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO LIMA DE MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

SEVERINO LIMA DE MELO : 920.618.004-59

Autorização de pagamento

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: 29/01/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/01/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031460/19

Número do Sinistro: 3190072876

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

CPF: 920.618.004-59

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO LIMA DE MELO

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: 08/02/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/02/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031460/19

Número do Sinistro: 3190072876

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

CPF: 920.618.004-59

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO LIMA DE MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

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: 22/03/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/03/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031460/19

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

CPF: 920.618.004-59

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO LIMA DE MELO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

SEVERINO LIMA DE MELO : 920.618.004-59

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: 28/01/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/01/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0031460/19

Número do Sinistro: 3190072876

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

CPF: 920.618.004-59

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 11/06/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SEVERINO LIMA DE MELO

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: 08/03/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/03/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190072876

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SEVERINO LIMA DE MELO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072876

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO LIMA DE MELO

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

Autorização de pagamento incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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



Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072876

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO LIMA DE MELO

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

Documentação médico-hospitalar incompleto(a). necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

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



Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190072876

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SEVERINO LIMA DE MELO

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

Documentação médico-hospitalar

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



Rio de Janeiro, 22 de Março de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190072876

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEVERINO LIMA DE MELO

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 joelho 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: SEVERINO LIMA DE MELO

Valor: R\$ 843,75

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000042244-4

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



Rio de Janeiro, 01 de Abril de 2019

Aos Cuidados de: SEVERINO LIMA DE MELO

Nº Sinistro: 3190072876
SEVERINO LIMA DE MELO

Data do Acidente: 11/06/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190072876**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

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 14130378



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:	
	92061800499	SEVERINO LIMA DE MELO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
SEVERINO LIMA DE MELO		92061800499	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
REC-INF	RUA PRICILIANO M. SILVEIRA	156	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
CENTRO	SURUBIM	PE	55750000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(81) 97001998		

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 **CONTA:** 42244 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ **CONTA:** _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Local e Data: SURUBIM PE 23/10/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Severino Lima de Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro da ASL:

CPF da vítima:

92061800499

Nome completo da vítima:

SEVERINO LIMA DE MELO

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

Nome completo: SEVERINO LIMA DE MELO

Profissão: REC-INF

Endereço:

RUA PRICIZIANO M. SILVEIRA

CPF: 92061800499

Bairro:

CENTRO

Cidade:

SURUBIM

Número:

156

Complemento:

CASA

E-mail:

Estado:

PE

CEP:

55750000

Tel. (DDD):

(81) 97001998

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECLUSO 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

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

☒ CONTA POUQUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

1295

CONTA:

42244

4

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a quem 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 (assinale 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, reconhecendo, 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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima:

Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

Local e Data: SURUBIM PE 22/10/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Severino Lima de Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

2ª Nome:

CPF:



(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário A ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

0031460119



Ministério da Justiça e Segurança Pública
Polícia Rodoviária Federal
Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

**PRF****Acidente nº 18034683B01**

5007A

3900728X

INFORMAÇÕES GERAIS**BR:** 104**KM:** 45,0 - Decrescente**Município:** CARUARU/PE**Data:** 11/06/2018**Hora:** 07:15**Policial responsável pelo atendimento:** ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409**ASPECTOS DO LOCAL****Tipo de via:** Principal**Tipo de pavimento:** Asfalto**Tipo de pista:** Dupla**Condição da pista:** Seca**Estrutura viária:** Curva**Localidade urbanizada:** X**Acostamento:** X**Canteiro central:** X**Condição meteorológica:** Céu Claro**Fase do dia:** Pleno dia**NARRATIVA**

No dia 11/06/2018, por volta das 07:15h, no km 45, da BR 104, em Caruaru - PE, ocorreu um acidente do tipo colisão traseira, com vítimas. Os veículos envolvidos foram: Uma motocicleta Yamaha/YBR125I(PCM-3085) (V-1), Um Toyota Band Max(MMO-1242) (V-2) e um Toyota Bandeirante(JTL-1660) (V-3). Com base na análise dos vestígios materiais identificados, constatou-se que V1 trafegava na via sentido decrescente Caruaru / Toritama, V-2 e V-3 estavam estacionados no acostamento no mesmo sentido quando, o V-1 colidiu em dois pedestres que se encontravam próximo aos veículos efetuando um transbordo de mercadoria tipo frutas, que após a colisão com os pedestres, O V-1 perdeu o controle e colidiu na traseira do V-3 que se encontrava estacionado no acostamento. A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui. **OBSERVAÇÕES:** O local do acidente não estava preservado, pois retiraram o V-1 da sua posição final. A ocorrência foi informada ao SAMU, para que fosse efetuado o socorro no local. Os veículos V-2 e V-3 foram entregues no local para os próprios condutores envolvidos e o V-1 foi removido por falta de condutor, sendo encaminhado ao pátio da prestadora de serviço conveniada ao DPRF. Os veículos V-1 e V-2 foram autuados por estarem estacionados no acostamento, em virtude disso foi lavrado os Autos de Infrações de nº T153339861 e T153339877.

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão traseira	V3 V2

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Assinatura eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 858487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18034683B01



PRF

IMAGENS PANORÂMICAS



SENTIDO CRESCENTE



SENTIDO DECRESCENTE

AMARRAÇÃO - TRIÂNGULAÇÃO

Descrição do Ponto	X	Y
à 500 metros do KM 45	505.0	500.0

CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



← TORITAMA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

V1



PCM3085

Placa: PCM3085 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED/2017

Renavam: 01116964675

Chassi: 9C6RE2120H0007889

Tipo de Veículo: Motocicleta

Espécie/categoria: Passageiro/Particular

Manobra no momento do acidente: Seguindo o fluxo, na faixa de rolamento

PROPRIETÁRIO

Nome: EDISLANY DE OLIVEIRA SOARES DO N LOPES

CPF/CNPJ: 004.351.793-57

Endereço: RUA TRES MARIAS, 58 - CASA, CARUARU/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Ausência de responsável

Tipo de receptor: Unidade PRF

Informações complementares: veículo entregue a tranguard



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01

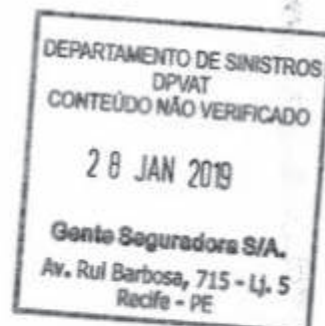


PRF

V1



PCM3085



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

V2



MMO1242

Placa: MMO1242 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: TOYOTA/BAND MAX/1984

Renavam: 00219735352

Chassi: OJ72928

Tipo de Veículo: Microônibus

Espécie/categoria: Passageiro/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Estacionado/parado no acostamento

Informações complementares: Pessoas no local fazendo o transbordo da carga

PROPRIETÁRIO

Nome: COSMA MARIA DA SILVA PEREIRA

CPF/CNPJ: 029.633.954-77

Endereço: SÍTIO MIMOSO - CASA, SURUBIM/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj.
Recife - PE



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18034683B01



PRF

V3



JTL1660

Placa: JTL1660 - Registro Nacional

Marca/modelo/ano fabricação: TOYOTA/BANDEIRANTE/1990

Renavam: 00141329440

Chassi: 9BR0J0050L1010879

Tipo de Veículo: Caminhonete

Espécie/categoria: Carga/Aluguel

Manobra no momento do acidente: Estacionado/parado no acostamento

Informações complementares: Pessoas fazendo o transbordo da carga no local

PROPRIETÁRIO

Nome: ERIKA FRANCISCA DUDA DA SILVA

CPF/CNPJ: 043.367.194-70

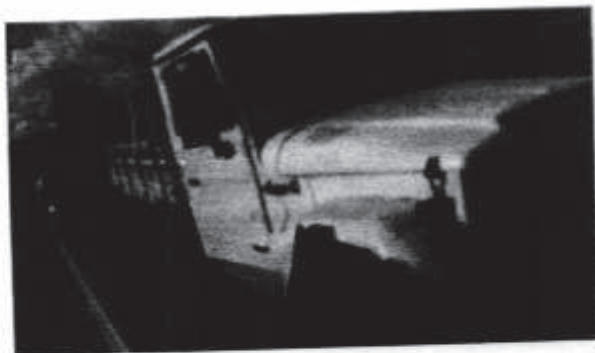
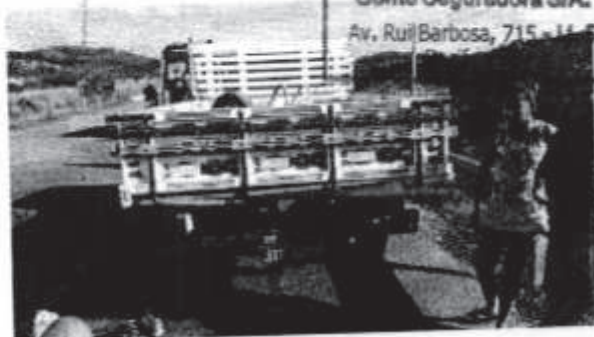
Endereço: R MAJOR PRISCILIANO DA MOTA SI, 164 - CASA, SURUBIM/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 14.º



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V1



**EDISLANY DE OLIVEIRA SOARES DO N
LOPES**

Placa do veículo: PCM3085

Marca/modelo: YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Envolvimento: Condutor

Nome: EDISLANY DE OLIVEIRA SOARES DO N LOPES

CPF: 004.351.793-57

Data de nascimento: 18/11/1984

Estado civil:

Sexo: Feminino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: NÃO APLICÁVEL

Usava capacete: Sim

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AB **Data primeira habilitação:** 15/06/2011

Nº Registro: 05228659864 **UF:** PE

Data de vencimento da habilitação: 03/03/2021

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: A

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA TRES MARIAS, 0000000058 - CASA, PETROPOLIS, CARUARU/PE

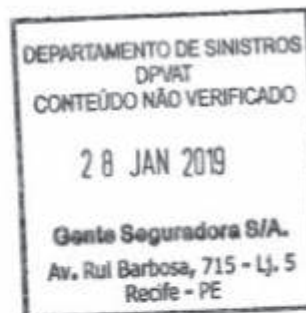
Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO

ENCAMINHAMENTO

Motivo: Socorro médico

Tipo de receptor: Hospital ou clínica

Informações complementares: Hospital Regional do Agreste



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito
Acidente nº 18034683B01



PRF

V3



CONDUTOR

FLAVIO JOSE ARAUJO

Placa do veículo: JTL1660

Envolvimento: Condutor

CPF: 021.288.094-28

Estado civil:

Usava cinto de segurança: Ignorado

Marca/modelo: TOYOTA/BANDEIRANTE

Nome: FLAVIO JOSE ARAUJO

Data de nascimento: 24/12/1974

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Leves

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AD **Data primeira habilitação:** 15/03/1996

Nº Registro: 00794357216 **UF:** PE

Data de vencimento da habilitação: 01/03/2023

Motorista Profissional: Não

Observações CNH: 1315A

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não

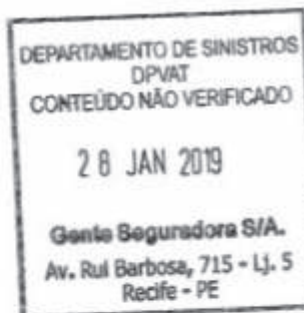
Visíveis sinais de embriaguez: Não

Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA AMANCIO DA COSTA MARQUES, 0000000025 - CASA, SÃO SEBASTIÃO, SURUBIM/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

V2



CONDUTOR

MARCILIO BARBOSA DA SILVA

Placa do veículo: MMO1242

Marca/modelo: TOYOTA/BAND MAX

Envolvimento: Condutor

Nome: MARCILIO BARBOSA DA SILVA

CPF: 111.944.204-43

Data de nascimento: 02/06/1993

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Ileso

Usava cinto de segurança: Ignorado

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DA HABILITAÇÃO PARA CONDUIZIR VEÍCULO AUTOMOTOR

Tipo: Habilitação Nacional **Categoria:** AD **Data primeira habilitação:** 16/02/2012

Nº Registro: 05427770219 **UF:** PE **Data de vencimento da habilitação:** 10/06/2019

Motorista Profissional: Não **Observações CNH:** 1315

ALTERAÇÕES DA CAPACIDADE PSICOMOTORA

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim

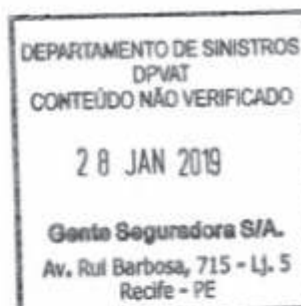
Condutor se recusou a realizar o teste: Não **Resultado:** 0

Visíveis sinais de embriaguez: Não **Sinais de uso de substâncias psicoativas:** Não

DADOS DE CONTATO

Endereço: RUA I, 00000000006 - CASA, COAHB, SURUBIM/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B4B7526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

V3



PASSAGEIRO

Severino Lima de Melo

Placa do veículo: JTL1660

Marca/modelo: TOYOTA/BANDEIRANTE

Envolvimento: Passageiro

Nome: Severino Lima de Melo

CPF:

Data de nascimento: 28/04/1974

Número de identificação/órgão expedidor: 000/000

Estado civil:

Sexo: Masculino

Estado físico: Lesões Graves

Usava cinto de segurança: Não

Usava capacete: NÃO APLICÁVEL

DADOS DE CONTATO

Endereço: rua major Preciliano da Mota Silveira, 156, SURUBIM/PE

Telefone/email: NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novoba/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / YAMAHA/YBR125I FACTOR ED

Placa: PCM3085

Nome do agente: ROBERTO CARLOS DA FONSECA

Nº BOAT: 18034683B01

Matrícula do agente: 1183409

Data: 11/06/2018

Item	Descrição do Item	Item danificado no acidente		
		SIM*	NÃO**	NA***
1	Garfo dianteiro		X	
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X	
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X	
4	Coluna de direção		X	
5	Chassi		X	
6	Garfo traseiro		X	
7	Eixo traseiro (triciclos)		X	

Total geral (SIM + NA): 0

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobal/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18034683B01



PRF

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / TOYOTA/BAND MAX

Placa: MMO1242

Nome do agente: ROBERTO CARLOS DA FONSECA

Nº BOAT: 18034683B01

Matrícula do agente: 1183409

Data: 11/06/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM*	NÃO**	NA***
1	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M		X	
2	Avaria em qualquer um dos eixos	M		X	
3	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M		X	
4	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M		X	
5	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
6	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
7	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
8	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	
9	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
10	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
11	Avaria na estrutura das laterais ou do teto afetando o posto do condutor.	M		X	
12	Avaria na estrutura afetando a coluna "B" da carroçaria.	M		X	
13	Avaria na estrutura afetando qualquer ponto de fixação das poltronas/bancos.	M		X	
14	Avarias na estrutura das laterais ou do teto atingindo o compartimento interno dos passageiros podendo ultrapassar o plano que passa pela linha de referência do peitoril (parte inferior das janelas).	M			
15	Estrutura com deformação vertical, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M			
16	Estrutura com deformação lateral, podendo afetar o compartimento dos passageiros e os componentes de união da base da carroçaria com o chassi	M			



*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito

Acidente nº 18034683B01



PRF

Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
17	Região da carroçaria e/ou do chassi termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
18	Região do chassi termicamente afetada com dimensão maior que a 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	

Dimensão da monta: Pequena

RELATÓRIO DE AVARIAS - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V3 / TOYOTA/BANDEIRANTE

Placa: JTL1660

Nome do agente: ROBERTO CARLOS DA FONSECA

Nº BOAT: 18034683B01

Matrícula do agente: 1183409

Data: 11/06/2018

Item	Descrição do Item	Valor	Item danificado no acidente		
			SIM*	NÃO**	NA***
1	Cabine com avarias na estrutura, afetando coluna(s) dianteiras ou traseira(s), painel corta-fogo, soleira ou assoalho.	M		X	
2	Carroçaria com avarias na estrutura das laterais ou do teto (quando houver) atingindo o compartimento de carga, ou com deformação vertical ou lateral afetando o compartimento de carga, ou afetando os componentes de união da base da carroçaria com o chassi.	M		X	
3	Para choque traseiro danificado.	M			
4	Dano em qualquer componente do Sistema de Suspensão.	M			
5	Avaria em qualquer um dos eixos	M			
6	Dano em qualquer componente do Sistema de freios.	M			
7	Chassi com deformação torcional menor ou igual à altura da longarina.	M			
8	Chassi com deformação vertical menor ou igual à altura da longarina	M		X	
9	Chassi com deformação lateral menor ou igual à distância interna entre as longarinas	M		X	
10	Chassi com deformação torcional maior que a altura da longarina.	G		X	
11	Chassi com deformação vertical maior que a altura da longarina.	G		X	

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0



MINISTÉRIO DA
JUSTIÇA E
SEGURANÇA PÚBLICA

Boletim de Ocorrência de Acidente de Trânsito Acidente nº 18034683B01



PRF

Item	Descrição do Item	Valor	SIM*	NÃO**	NA***
12	Chassi com deformação lateral maior que a distância interna entre as longarinas	G		X	
13	Chassi com região termicamente afetada com dimensão menor ou igual a 2/3 do comprimento do chassi.	M		X	
14	Chassi afetado termicamente na região onde está fixada a suspensão	M		X	
15	Chassi com região termicamente afetada com dimensão maior que 2/3 do comprimento do chassi.	G		X	
16	Air bags (se existir)	M		X	

Dimensão da monta: Pequena

*Item danificado no acidente.

**Item não danificado no acidente ou não existente.

*** Impossível avaliar se o componente foi ou não danificado no acidente



Documento assinado eletronicamente por ROBERTO CARLOS DA FONSECA, matrícula 1183409, Policial Rodoviário Federal, em 15/06/2018, às 07:05, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória Nº 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto Nº 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa Nº 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 18034683B01 e o número de controle 85B487526BC29CE2A72FD6D5761EE0

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:
	92061800499	SEVERINO LIMA DE MELO
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	CPF:	
SEVERINO LIMA DE MELO	92061800499	
Profissão:	Endereço:	Número:
REC- INF	RUA PRICILIANO M. SILVEIRA	156
Bairro:	Cidade:	Estado:
CENTRO	SURUBIM	PE
E-mail:	CEP:	Complemento:
	55750000	CASA
	Tel. (DDD):	
	(81) 97001998	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1295 **CONTA:** 42244 4

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ **CONTA:** _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

Local e Data: SURUBIM PE 23/10/19

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Severino Lima de Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

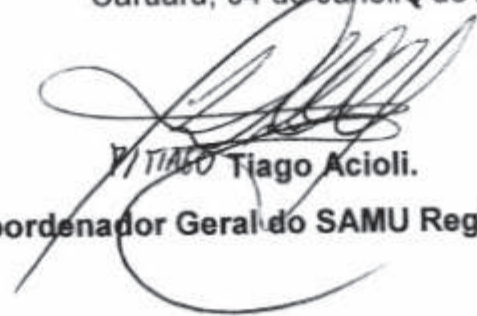
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. **SEVERINO LIMA DE MELO** portador do **CPF-920.618.004-59** e **RG – 4.810.1328 SSP-PE** que consta nos registros de ocorrências **Nº1806110079** do **SAMU REGIONAL AGRESTE**, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo no dia **11/06/2018** às **07h e 31m**, no endereço **BR 104, SENTIDO TORITAMA, PRÓXIMO AO LAMPIÃO, CARUARU-PE**, com queixa de **QUEDA DE MOTO**, tendo sido enviada uma **UNIDADE DE SUPORTE AVANÇADO**, que prestou atendimento a vítima no local, sendo o mesmo transportado para o **HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: avaliação, imobilização e remoção.

Caruaru, 04 de Janeiro de 2019


TIAGO Tiago Acioli.

Coordenador Geral do SAMU Regional Agreste



Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE em 04/01/19

Severino Lima de Melo

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: 15/03/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SEVERINO LIMA DE MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000042244-4

Nr. da Autenticação 712D06748E0C67CC



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

NOTA ESPECIAL - Fatura - Cópia de Segunda Via

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50060-902
CNPJ 13.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JULIANA MELO DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA PRICILIANO M SILVA 151

CPF: 153.409.054-33
CLASSIFICAÇÃO

CENTRO SURLEIM
SURIUM PE
55750-000

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Monofase

CÓDIGO CONTRATO 7024185570
DATA DE VENCIMENTO 11/10/2018
TOTAL A PAGAR (R\$) 112,55

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
00912005	PUC 4	04/10/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA NOTALAGTO
04/10/2018	20101942	3755602

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (Wh)	132,000000	0,7256105	96,44
Acréscimo Bandeira VERMELHA			8,24
Contrib. Rum. Pública Municipal			6,31
KMS Subversão-CLIE-AP 022568700-0487118			0,56
TOTAL DA FATURA			112,55

Nº DO MEDIDOR	TPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (Wh)
12790	OUT	04/10/2018	4.811,5	04/10/2018	4.943,5	31	1,2000		132,00

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DA NOTA FISCAL		DEMONSTRATIVO DE VALORES DE CONSUMO		DEMONSTRATIVO DE VALORES DE CONSUMO	
PERÍODO	CONSUMO (Wh)	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	CONTRIBUIÇÃO (%)
OUT 18	132	ICMS	15,00	16,42	15,00
SET 18	113	PIS	0,54	0,07	0,54
AGO 18	85	COFINS	3,28	0,34	3,28
JUL 18	84				
JUN 18	119				
MAY 18	151				
ABR 18	131				
MAR 18	132				
FEB 18	132				
JAN 18	132				
DEZ 17	132				
NOV 17	132				
OUT 17	132				

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague os valores antes do vencimento, para evitar a inclusão em dívida ativa. O não pagamento de uma fatura pode acarretar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O cliente deve manter em seu arquivo a fatura original e a cópia da fatura emitida pelo sistema de cobrança. O cliente deve manter em seu arquivo a fatura original e a cópia da fatura emitida pelo sistema de cobrança. O cliente deve manter em seu arquivo a fatura original e a cópia da fatura emitida pelo sistema de cobrança.

ATENÇÃO: O CLIENTE DEVE MANTER EM SEU ARQUIVO A FATURA ORIGINAL E A CÓPIA DA FATURA EMITIDA PELA CELPE					
PERÍODO	Consumo	Valor	Valor	Valor	Valor
12/2018	247,00	112,55			

TENSÃO DE TENSÃO				
TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (%)	Limite	Limite	Limite
220	202	231		

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



SABOIS DO CLIENTE
ACRILICA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
INSTITUTO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO BATISTA 370

CPFE 445 234 444-04
31-ABRIL/2016/AGAO

[illegible]

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
105,00000000	0,739459812	130,24
		0,55
		10,27
		21,18
		0,30

ÍTEM	DESCRIÇÃO	Tipo da Fatura	Data de Emissão	Anterior Data / Letra	Atual Data / Letra	Nº de Bancos	Valor Constante	Aporte	Cobertura (m²)
037-14	CONDOMÍNIO RESIDENCIAL DE CONSUMO ÚNICO - FISCAL	CAT	06-10-2018	24-9-1800	07-11-2018	24-099-200	33	1.200,00	16,00

Ano	Número de empresas
1985	105
1986	75
1987	100
1988	110
1989	85
1990	100
1991	105
1992	110
1993	105
1994	110
1995	120

[illegible]

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE

			
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL GOVERNADOR DO ESTADO DO PERNAMBUCO GOVERNADORIA DO PERNAMBUCO		GOVERNADORIA DO PERNAMBUCO SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES		CPF 4810389 888 378	
END. RESIDENCIAL / C/da, BRASÃO / UF 945.234.444-04		DATA NASCIMENTO 26/07/1974	
PLACADO JOSE GOMES DE MOURA		ACÓDIGO 1400000	
SEXO FEMININO		CAT. HAB. 3	
PROFISSÃO ENFERMEIRA		ESTADO CIVIL 17/06/2002	
REGISTRO 02378605873		DATA EMISSÃO 09/04/2022	
OBSERVAÇÃO Maria Mª Moura de A. Fernandes			
LOCAL BURNQUI - PE		DATA EMISSÃO 10/04/2017	
Assinatura Carlos Anderson Sousa Ribeiro Diretor Presidente Assessoria do Trabalho		Assinatura do Portador Maria Mª Moura de A. Fernandes	
PERNAMBUCO		PERNAMBUCO	

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/BIBLIOTECAWEB/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 ADRIANA MEMORA DE A. FERREIRAS inscrito (a) no CPF 945234444 104, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SEVERINO LIMA DE MELO inscrito (a) no CPF sob o Nº 920618004/59, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima SEVERINO LIMA DE MELO inscrito (a) no CPF sob o Nº 920618004/59, 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 CP - PE.



Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750000</u>
Email <u>afseguradora@alider.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81)97001998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81)91613307</u>

SURUBIM, 22 de JANEIRO de 2019
Local e Data

Adriana M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: _____

Nome: Everson Lima de

Almeida Registro Nº: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____

Solteiro:

Fisiotermia para
Joelho direito com
Gesso e sem
+ fisioterapia com
medicamentos.

Jr. Felipe Diego V. P. de Souza
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25263 / CRM-BA: 30912

15 OUT. 2018

Data: ____/____/____

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: _____

Nome: Everson Lima de

Almeida Registro Nº: _____

Clinica: _____ Enfermaria: _____

Everson Lima de

Atende para o tratamento
físico com a fisioterapia
acompanhada de fisioterapia
na parte superior do 11º
Junho de 2018 com
histórico de tratamento
apresentando melhorias e
Joelho direito visto
normal com acompanhamento
e fisioterapia.
Código 583.1

Jr. Felipe Diego V. P. de Souza
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25263 / CRM-BA: 30912

15 OUT. 2018

Médico - CRM

Data: 15/10/18

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

28 JAN 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rul Barbosa, 715 - 4.5
Recife - PE

1º Lugar

2º Concurso 89

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Leandro Lima de Melo

Prontuário: 319 832

Data: 30 / 04 / 18 Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Subluxação joelho direito

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Alta hospitalar sob supervisão de Dr. Gustavo Lebrão

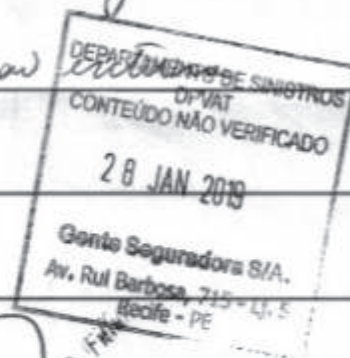
Quintado sobre os membros

Retorna ao ambulatório de Ortopedia

TRATAMENTO REALIZADO:

Redução fechada + fixação

(Dr. Gustavo Lebrão)



Alta Hospitalar: Data: 30 / 04 / 18

Hora: _____

HR-A
Data: 06/09/18
Hora: 7h
Dr. Lebrão

Dr. José Afonso de O. F. M.
CRM-PE: 26687
CRM-AL: 7323

Ass. do Médico e CRM
Carimbo



Servicio de
513 832 / P
14/08/18

REPARTICIÓN DE
CONTENIDOS
08 FEB 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5º

Scanned by CamScanner



Salvage of knee
1988
1988

ORTHOPAEDIC SURGEON
HOSPITAL
1000 10th Ave
SEATTLE, WA 98101
2000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 FEV 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

08 FEV 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Unidade de Saúde: HOSPITAL REGIONAL DO AORESTE

Paciente: *Aluísio Lima da Silva*

Clinica: *Ortopedia*

Modo Registro:

Operador: *Dr. Gustavo F. Bastos*

Nº do Leito

1º Assistente: *Dr. Carlos R. P.*

2º Assistente:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
COM PROVA VERIFICADA

08 MAR 2010

Instrumentador: *Flávio*

Anestesista:

Anestesia: *Peridural*

Dirigido:

Data da Operação: *27.07.13*

Info:

Término:

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 215 Loja 5
Bretas - Recife / PE CEP: 52011-000

Diagnóstico Pré-Operatório:

Lesão do m. Peroneo com lesão do m. Tibial + Lesão do m. Popliteo + Lesão do m. Vasto

Diagnóstico Pós-Operatório:

Operação Proposta: *Correção da lesão + O.F. Fixador*

Operação Realizada: *Correção da lesão de intangibilidade do m. Tibial + Correção do m. Popliteo + Fixador externo + Tubo*

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

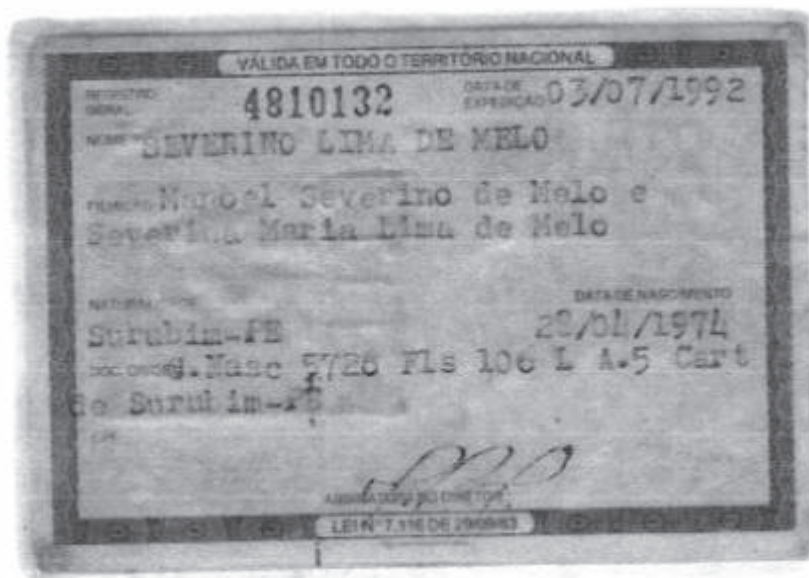
Leito em P.D.H. com Requeimação da pele. Antissepsia + Anestesia + Aplicação com m. Cúter e Sonda. Posicionamento do paciente. Exatidão da lesão. Documentação inicial com o m. Tibial + Lesão do m. Popliteo + Lesão do m. Vasto. Monitorização vital e oxigenação.

Desbridamento e redução da lesão. Aplicação de fixador externo. Teste de tensão.

Dr. Gustavo F. Bastos

27 JUL 2010

Assinatura do paciente ou representante legal





SABOIS DO CLIENTE
ACRILICA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
INTERIO DO UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO BATISTA 370

CPFE 445.234.444-04
31-ANEXO 16/AGAO

CONTE CONTINUTO	NUMERO	DATA	DATA
7005749888	112018	10/12/2018	69 04
7501112018			

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
105,00000000	0,73945812	130,24
		0,55
		10,27
		21,18
		0,30

[illegible]

BASE DE CALCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	Ganhos das Empresas		Contribuição		Compartilhado	
			PM	PS	PM	PS	PM	PS
ICMS								
PM	147,68	28,02	36,79	103	37,08	21,62	9,87	32,47%
COFINS	147,68	0,74	1,00	19	0,06	0,06	0,06	4,00%
	147,68	3,44	3,78	10	0,15	0,15	0,15	0,46%

Seguradora S/A
Barbosa, 715 - Lj.
& Life - PE

1. 2300
 1. 1000
 1. 5000
 1. 10000
 1. 15000
 1. 20000
 1. 25000
 1. 30000
 1. 35000
 1. 40000
 1. 45000
 1. 50000
 1. 55000
 1. 60000
 1. 65000
 1. 70000
 1. 75000
 1. 80000
 1. 85000
 1. 90000
 1. 95000
 1. 100000
 1. 105000
 1. 110000
 1. 115000
 1. 120000
 1. 125000
 1. 130000
 1. 135000
 1. 140000
 1. 145000
 1. 150000
 1. 155000
 1. 160000
 1. 165000
 1. 170000
 1. 175000
 1. 180000
 1. 185000
 1. 190000
 1. 195000
 1. 200000
 1. 205000
 1. 210000
 1. 215000
 1. 220000
 1. 225000
 1. 230000
 1. 235000
 1. 240000
 1. 245000
 1. 250000
 1. 255000
 1. 260000
 1. 265000
 1. 270000
 1. 275000
 1. 280000
 1. 285000
 1. 290000
 1. 295000
 1. 300000
 1. 305000
 1. 310000
 1. 315000
 1. 320000
 1. 325000
 1. 330000
 1. 335000
 1. 340000
 1. 345000
 1. 350000
 1. 355000
 1. 360000
 1. 365000
 1. 370000
 1. 375000
 1. 380000
 1. 385000
 1. 390000
 1. 395000
 1. 400000
 1. 405000
 1. 410000
 1. 415000
 1. 420000
 1. 425000
 1. 430000
 1. 435000
 1. 440000
 1. 445000
 1. 450000
 1. 455000
 1. 460000
 1. 465000
 1. 470000
 1. 475000
 1. 480000
 1. 485000
 1. 490000
 1. 495000
 1. 500000
 1. 505000
 1. 510000
 1. 515000
 1. 520000
 1. 525000
 1. 530000
 1. 535000
 1. 540000
 1. 545000
 1. 550000
 1. 555000
 1. 560000
 1. 565000
 1. 570000
 1. 575000
 1. 580000
 1. 585000
 1. 590000
 1. 595000
 1. 600000
 1. 605000
 1. 610000
 1. 615000
 1. 620000
 1. 625000
 1. 630000
 1. 635000
 1. 640000
 1. 645000
 1. 650000
 1. 655000
 1. 660000
 1. 665000
 1. 670000
 1. 675000
 1. 680000
 1. 685000
 1. 690000
 1. 695000
 1. 700000
 1. 705000
 1. 710000
 1. 715000
 1. 720000
 1. 725000
 1. 730000
 1. 735000
 1. 740000
 1. 745000
 1. 750000
 1. 755000
 1. 760000
 1. 765000
 1. 770000
 1. 775000
 1. 780000
 1. 785000
 1. 790000
 1. 795000
 1. 800000
 1. 805000
 1. 810000
 1. 815000
 1. 820000
 1. 825000
 1. 830000
 1. 835000
 1. 840000
 1. 845000
 1. 850000
 1. 855000
 1. 860000
 1. 865000
 1. 870000
 1. 875000
 1. 880000
 1. 885000
 1. 890000
 1. 895000
 1. 900000
 1. 905000
 1. 910000
 1. 915000
 1. 920000
 1. 925000
 1. 930000
 1. 935000
 1. 940000
 1. 945000
 1. 950000
 1. 955000
 1. 960000
 1. 965000
 1. 970000
 1. 975000
 1. 980000
 1. 985000
 1. 990000
 1. 995000
 1. 1000000

ALL RIGHTS ARE RESERVED
REPRODUCED BY THE
PUBLISHERS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Bairro PE

		REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL DEPARTAMENTO NACIONAL DE POLÍCIA FEDERAL	
NOME ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES		DATA EMISSÃO 10/04/2017	
CPF 4810389 888 978		DATA NASCIMENTO 26/07/1974	
PLACADO JOSE GOMES DE MOURA		ACÓ REMANEJO	
TERMINO TERMINO		CAT HAB 3	
VALOR 09/04/2022		VALIDADEZ 17/06/2002	
REGISTRO 02378605873		LOCAL PERNAMBUCO	
Observação 		Assinatura do Titular 	
Assinatura do Titular 		Assinatura do Titular 	
Assinatura do Titular 		Assinatura do Titular 	

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013433384915

VIA
1 141229440
COD. RENAVAM
NATRC
EXERCÍCIO
2017
ERIKÁ FRANCISCA DUDA DA SILVA

SURUBIM-PE 0

043.357.194-70 PLACA JTLL1660

PLACA ANT. / US 9BR0J0050L1010679

CAR / CAMINHONETE / C ABERTA DIESEL

TOYOTA / BANDEIRANTE

100.00T/90CV/90 ALUGUEL BRANCA

COA ÚNICA

1 IPVA 2017 CUIPADO

P 1

SEGURO PAGO

SEM RESERVA, RECURSO/SUSPENSIVO

Charles Andrews Basso Eshnizco

27/07/17

Charles Andrews Basso Eshnizco

SEGURO DEPOSITÁRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013433384915 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ERIKÁ FRANCISCA DUDA DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SURUBIM-PE

043.357.194-70

1413229440

9BR0J0050L1010679

TOYOTA / BANDEIRANTE

100.00T/90CV/90

COA ÚNICA

SEGURO PAGO

SEM RESERVA, RECURSO/SUSPENSIVO

Charles Andrews Basso Eshnizco

27/07/17

Charles Andrews Basso Eshnizco

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
28 JAN 2019
Gente Seguradora S.A.
Av. Rul Barbosa, 715 - L.
Recif

0031460/19

SURUBIM - PE, 18 MARÇO 2019.

À LÍDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: SEVERINO LIMA DE MELO
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190072876

Prezado Senhor(a),

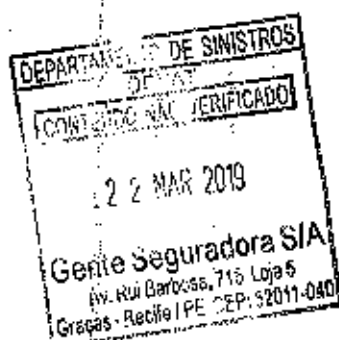
Solicito de V.Sª, que meu processo de invalidez seja REANALISADO, uma vez que eu, fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 11/06/2018, tive fratura EM MEU JOELHO DIREITO, fui submetido a cirurgia, fiz todo o tratamento e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES. E sem que eu fosse avaliado em uma perícia médica designada por um médico da Líder, foi liberado para mim apenas R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos) valor muito inferior ao que tenho direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.Sª, que meu processo seja REANALISADO, para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que eu ainda estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

X Severino Lima de Melo
SEVERINO LIMA DE MELO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190072876

Cidade: Caruaru

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: SEVERINO LIMA DE MELO

Data do acidente: 11/06/2018

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO JOELHO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCRREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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