

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

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) Assinatura de quem assina A RGO

CPF:

Nome:

Local e Data,

DECLARANTE 04/07/2019

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

MORTE

Esta declaração 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 o cliente, 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.

Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	nascer (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Grau de Parentesco com a vítima:		Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:	
Estado civil da vítima:		Data do óbito da vítima:	
<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vivo			

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Pelo motivo assinado, 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.

- ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perdas para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perdas para fins do Seguro DPVAT; ou
- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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 (assinhar uma das opções):

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

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.

AGÊNCIA: 0944	CONTA: 61822	AGÊNCIA: (informar o dígito se existir)	CONTA: (informar o dígito se existir)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	<input type="checkbox"/> Bradesco (237)
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinalar uma opção)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00
------------------------------------	--	--	--	--	---	--

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

Nome completo: Sérgio Antônio de Lima Junior	Profissão: Mecânico	Bairro: M. P. A. B. S. II	Cidade: PAVISTA	Estado: PE	CEP: 5330-100	Telefone (DDD): 84 98732-5642
CPF da vítima: 083.185.474-03	CPF do beneficiário: 083.185.474-03	Nome completo da vítima: Sérgio Antônio de Lima Junior	Nome completo do beneficiário: Sérgio Antônio de Lima Junior	CPF: 083.185.474-03	CPF: 083.185.474-03	Complemento: A

DADOS CADASTRAIS

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT





**SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 07.09.2018.
EM: 18.09.2018.

Atendendo ao requerimento do Srº, **SERGIO ANTÃO DE LIMA JÚNIOR**, RG Nº 8.076.620 – SDS - PE, CPF Nº 083.185.474-03, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S – 417752 do dia 17 de dezembro de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 20hs e 40min, vítima de colisão envolvendo motocicleta x motocicleta, na Rodovia PE - 015, S/N, Vila Torres Galvão – Paulista, nas proximidades do Cemitério Morada da Paz, sendo em seguida removido para o Hospital Miguel Arraes.

Jeane Andréa da Silva
Jeane Andréa da Silva
COREN 172162
Coordenadora de Enfermagem
SAMU-Paulista MAT. 60850

Av. Antônio Cabral de Souza nº810, Maranguape | CEP 53421-420 – Paulista/PE.

Scanned with CamSca

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: 26/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00944

CONTA: 000000061822-0

Nr. da Autenticação 51ABEA3A7378E2E8

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 9005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE CELMA CRISTIANA DA CONCEICAO LIMA CPF: 467.831.884-87	DATA DE VENCIMENTO 27/06/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 150,93	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 18/06/2019 DATA DA APRESENTAÇÃO 18/06/2019 NÚMERO DA NOTA FISCAL 066447432	CONTA CONTRATO 004001461864 Nº DO CLIENTE 2001684438 Nº DA INSTALAÇÃO 0062400831
	CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico		
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA AV B 56 A MARANGUAPE B/MARANGUAPE 53421-036 PAULISTA PE	RESERVADO AO FISCO 2F6C.678F.9EAE.92BF.D584.9B03.A237.2B49		
As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br			

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	178,00	0,74193679	132,96
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,90
Contrib. Ilum. Pública Municipal			14,22
ICMS Subvenção-CDE-NF 058880302-18/04/19			1,19
Multa por atraso-NF 062649604 - 20/05/19			2,10
Juros por atraso-NF 062649604 - 20/05/19			0,31
Atualização IGPM-NF 062649604 - 20/05/19			0,15
TOTAL DA FATURA			150,93

TARIFAS APLICADAS		HISTÓRICO DO CONSUMO	
Consumo Ativo(kWh)	0,54833080		
		JUN 19	178
		MAI 19	132
		ABR 19	185
		MAR 19	172
		FEV 19	117
		JAN 19	160
		DEZ 18	173
		NOV 18	177
		OUT 18	141
		SET 18	138
		AGO 18	121
		JUL 18	0
		JUN 18	0

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO								
	R\$	%		R\$	%		R\$	%
Geração de Energia	44,54	33,48						
Transmissão	5,18	3,90						
Distribuição (Celpe)	31,44	23,65						
Encargos Setoriais	7,39	5,56						
Tributos	34,51	25,96						
Perdas de Energia	8,99	7,45						
TOTAL	132,96	100						

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00090083181252439	CAT	20/05/2019	1.285,00	18/06/2019	1.466,00	29	1,00000	0,00	178,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 19/07/2019									

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
abr/2019					
DIC-No.de horas sem Energia	PAU AMARELO	0,21	5,07	18,15	28,30
FIC-No.de vezes sem Energia		1,00	3,17	6,35	12,70
DMC-Duração máxima de interrupção contínua		0,21	2,88	0,00	0,00
DICRI-Duração de interrupção em dia crítico					Limite DICRI: 12,22
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 53,11					
Toda Consumidor pode solicitar a aplicação das indicações DIC, FIC, DMC e DICRI a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
 Pague no ponto mais perto de você! apapas: rua dr luiz ignacio de andrade lima janga / biga farma: rua doutor benoni sa pau amarelo. Lista completa em www.celpe.com.br.
 Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
 Cobrança ICMS sobre subvenção CDE, conforme Decreto Estadual 39.459/13.
 O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
 Pagto. em atraso gera multa 2%(Res414/ANEEL), Juros 1%a.m(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
 O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO		
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA		

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Wesley Cesar Oliveira Lima,
RG nº 7.857.480, data de expedição 14/11/2006
Órgão SPS, portador do CPF nº 098.551.634/86 com
domicílio na cidade de PAULISTA, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA 57 Nº 05 MARANGAPE II, nº 05,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Sergio Antao de Lima Junior cujo o condutor era
WESLEY CESAR OLIVEIRA LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA NXR160 BROZ KSD9
Ano: 2016
Placa: PDH 0145
Chassi: 9C2KD0810 ER 446700
Data do Acidente: 17-12-2017
Local e Data: PAULISTA 12-9-2018

Wesley Cesar Oliveira Lima
Assinatura do Declarante



Wesley Cesar Oliveira Lima

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



1ª SERVENTIA NOTARIAL DE PAULISTA, PE
Escritório: LLI Soares dos Santos
Telefone: 051 053.683.354-07

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 17/12/2017 21:01



Nome Paciente: SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR
Cód. Paciente: 79382
Data de Nascimento: 16/04/1993
Sexo: Masculino
Idade: 24
Senha: 0038
Convênio: 2 - SUS - EXTERNO / URGENCIA
Atendimento: 408265
SAME: 69903

C. J. J. J.

Período: 17/12/2017 21:17 - 17/12/2017 21:23

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

Prioridade:

Cor:

AMARELO

Queixa Principal: REFERE DOR EM MIE APÓS COLISÃO DE MOTO - MOTO

Observação: VINDO C/ SAMU / NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA / DM / HAS / CARDIOPATIA / ASMA

Próximo sintoma: TRAUMA

Criminador(es): - SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO SEM DEFORMIDADE
- FERIMENTO SEM SANGRAMENTO ATIVO

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- SACR - REGUA DE DOR: 3
- SACR - ESCALA DE GLASGOW: 15
- FREQUENCIA CARDIACA: 101.00 BPM
- FREQUENCIA RESPIRATORIA: 15.00 RPM
- P.A. SISTOLICA: 150.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 98.00 %

REVISADO
NEPI-HMA

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

Data Impressão: 17/12/2017 21:23

ema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de

DADOS DO PACIENTE

Paciente: **SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR** Prontuário: 79382
Idade: 24a 8m 2d Sexo: M Estado Civil: SOLTEIRO Data de Nascimento: 16/4/1993
Profissão: Escolaridade: Telefone: 97801115 CEP 53422660 - PAULISTA - PE
R.G.: 8076620 C.P.F.: 08318547403 , 56 - MARANGUAPE II
Endereço: AV D
Origem: URGENCIA/EMERGENCIA
Convênio: SUS - INTERNACAO
Unidade Internação: VERDE 2 ORTOPEDIA Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO Leito: VERDE-08
Médico Internação: PLANTONISTA ORTOPEDIA
Data e Hora da Internação: 17/12/2017 22:26
Plano: GERAL
513-04

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome: R.G.: C.P.F.: 08318547403
Sexo: Número: Estado civil:
Cidade:

DADOS DA LIBERAÇÃO DO PACIENTE

Data da Alta: 28/12/17 Hora da Alta: :
Motivo: ☒ Melhorado ☐ A Pedido ☐ Transferência ☐ Óbito ☐ Evasão

Condições de Alta: BEG, Sem Dor, F.O. limpa e seca

Diagnóstico Principal.....: Fratura exposta dos ossos da perna (E)

Diagnóstico Secundário01.: REVISADO
CCIH-HNIA

Diagnóstico Secundário02.:
Procedimento.....: Fixação com Haste Intermedular

Dr. Rodrigo F. da Silva Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 123456 e CRM:

SERGIO ANTAO DE LIMA

Responsável pela retirada do paciente Assinatura e RG

TERMO DE RESPONSABILIDADE

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

Em 17 de 12 de 17

SERGIO ANTAO DE LIMA
Assinatura e RG do paciente ou pessoa responsável

Atendimento: 408272

Dt Atendimento: 17/12/2017 - 22:26

Dt Alta: 28/12/2017 - 17:11

Paciente: 79382 SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

Serviço: 37 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 80 ORTL-513-LEITO 004

Plano: 1 GERAL

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: DRIELLYFSB

CID:

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

Observação de Alta

THIAGO CHARLES MELO DOS ANJOS

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

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR



HOSPITAL
MIGUEL ARRARES

HOSPITAL MIGUEL ARRARES

GRUPO
IMIP
HOSPITALAR

Atendimento: 408265

Senha da Classificação:

Data e Hora: 17/12/2017 21:05

Paciente: 79382 SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 16/04/1993 Idade: 24 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: CELMA CRISTIANA DA CONCEICAO Nome do Pai: SERGIO ANTAO DE LIMA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12340

Endereço: AV D

56

Bairro: MARANGUAPE II

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: PAULAFSC

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

Rm (-)

Oro (-)

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso:

Altura:

Temperatura:

Hora:

Queixa Principal

trauma + 2h colisão moto - moto seg
deslocamento de clavícula. NO / COMET
Sintomas: dor

Exame Físico

(A) - NO TRAUMA PELA TRAVESSIA COMET (B) NO PULSO
NO PULSO P. 142 (C) - PULSO P. 142. PULSO MANEJOS
NO PULSO NO PULSO (D) - PULSO 15

Hipótese Diagnóstico

Fratura: CLAVICULA (E)

Prescrição Médica

1. Analgésico para dor

2. Sinais de infecção

Assinatura Médica
21/12/17

Assinatura e Carimbo Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para

() Encaminhado ao setor de internação

Senha:

Aviso de Cirurgia : 47023

Paciente : 79382

Convênio Atend. : 1

Leito : 80

Dt. Início : 27/12/2017 09:41

Cid Pré-Operatório : S822

Cid Pós-Operatório : S822

Sala : 0001 SALA 01

SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR

SUS - INTERNACAO

ORTL-513-LEITO 004

Dt. Fim : 27/12/2017 10:36

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Atendimento : 408272

Carteira :

Idade : 24 Anos 11 Dias 10 Horas

Procedimento: 0408050500

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

RAQUI ANESTESIA

CIRURGIÃO

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA ESQUERDA

CONDUTA: OSTEOSÍNTESE COM HÍM BLOQUEADA

CIRURGIÃO: DR HYGINO MARINHO

AUXILIAR: DR BERNARDO SAMPAIO

ANESTESIA: DR GENESIO/ RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO EM MIE
3. ANTISSEPSE E APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO PARAPATELAR MEDIAL, DISSECÇÃO POR PLANOS ATÉ O PLATO TIBIAL
5. INSERÇÃO DO FIO GUIA INTRAMEDULAR NA TÍBIA ESQUERDA, PASSANDO DO FOCO DA FRATURA
6. FRESAGEM DO CANAL MEDULAR E INSERÇÃO DA HASTE 09X34MM
7. BLOQUEIO COM PARAFUSOS CORTICAIS (30 E 35MM DISTAIS E 35 E 45MM PROXIMAIS)
8. VISUALIZADA BOA APOSIÇÃO DO MATERIAL ATRAVÉS DO INTENSIFICADOR DE IMAGENS DURANTE A CIRURGIA
9. LIMPEZA CIRÚRGICA COM SF E SUTURA DAS FERIDAS COM FIO VYCRIL 2-0 E NYLON 3-0
10. CURATIVO ESTÉRIL
11. BOA PERFUSÃO DISTAL
12. À SR

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Igor Dantas
Ortopedia - Traumatologia
CRM/PE/27.842

DR(A) : HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CRM : 14859

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

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

Página: 0001

Data: 23/12/2017

Hora: 18:24

Aviso de Cirurgia : 46972

Paciente : 79382

Convênio Atend. : 1

Leito : 80

Dt. Início : 23/12/2017 18:12

Cid Pré-Operatório : M868

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003

SALA 03

SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

SUS - INTERNACAO

ORTL-513-LEITO 004

Dt. Fim : 23/12/2017 18:30

OUTRA OSTEOMIELITE

Atendimento : 408272

Carteira :

Idade : 24 Anos 7 Dias 18 Horas

Procedimento: 0408060557

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE ARTRITE INFECCIOSA (GRANDES E MÉDIAS ARTICULAÇÕES,
(PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

RGIAO

15979 JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA

Descrição Cirúrgica :**Risco Cirúrgico :**HD: INFECÇÃO FO PERNA ESQUERDA
CD: LIMPEZA CIRURGIA + DEBRIDAMENTO
EQUIPE: JULIANO MACHADO + RODRIGO AMORIM
ANESTESISTA: DR CLAYTON CHIVERS
ANESTIA: RAQUI

- 1) PACIENTE ANESTESIADO EM DDH
- 2) ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
- 3) VERIFICADA HIPEREMIA IMPORTANTE EM FO DE TÍBIA ESQUERDA, SEM COMPROMETIMENTO DE PINOS DE SCHANZ
- 4) RETIRADA DE SUTURA PRÉVIA, COM SAÍDA DE SECREÇÃO HEMÁTICA;
- 5) LIMPEZA CIRURGICA + DEBRIDAMENTO + LIMPEZA COM SF0,9%
- 6) COLHIDO MATERIAL PARA CULTURA
- 7) SUTURA COM NYLON
CURATIVO
- 8) BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Rodrigo de Amorim Silva
Ortopedia /
TEOT - traumatologia
CRM: 14.430

DR(A) : JULIANO MACHADO ALVES DA SILVA
CRM : 15979

Aviso de Cirurgia : 46867 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 79382 SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR Atendimento : 408272
Convênio Atend. : 1 SUS - INTERNACAO Carteira :
Leito : 561 VERD2-08 Idade : 24 Anos 2 Dias 1 Hora
Dt. Início : 18/12/2017 01:22 Dt. Fim : 18/12/2017 02:18
Cid Pré-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Cid Pós-Operatório : S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
Convênio: 001 SUS - INTERNACAO
Anestesia: 05 RAQUI ANESTESIA

CIRURGIAO 11075 GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO

Descrição Cirúrgica :

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DIAFISE DE TIBIA E
CIRURGIA: LC + DC + FIXADOR EXTERNO BIPLANAR
CIRURGIÃO: DR. GUSTAVO
1º AUXÍLIO: DR. RODRIGO
2º AUXÍLIO: DR. DANIEL CABRAL
ANESTESISTA: DR. MARIO
ANESTESIA: RAQUI

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DE MIE;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. ABORDAGEM DO FERIMENTO DE EXPOSIÇÃO NO 1/3 MÉDIO DISTAL DA PERNA,
OBSERVADO CONTAMINAÇÃO IMPORTANTE COM TERRA E GRAMA
OBSERVADO PERDA OSSEA
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO (10.000ML);
DESRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS;
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO FISIOLÓGICO (5.000ML);
10. REALIZADO FIXADOR EXTERNO BIPLANAR
11. BOA REDUÇÃO SOB FLUORSCOPIA
12. SUTURA COM NYLON 2.0;
13. CURATIVO;
14. BOA PERFUSÃO DISTAL

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Renato Holanda
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 25.345
DR(A) : GUSTAVO SAMPAIO DE SOUZA LEAO
CRM : 11075

HOSPITAL METROPOLITANO NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR

॥ ५० ॥

2) $AO(12/12/12)$ Fe- on Anne (C)

3) $PQ(23/2/14)$ $LC + DC$ $PQ(23/2/14)$ (E)

pt com ouvidos a insensível a corrente
de cab, amêtilo, calado, conspurc, ou em todo
foi sem sentido.

C:1) Maintenance of TB

2) Constant $dz = 0$ dir.

Dr. Ayron Ferraz
Ortopedia/Traumatologia
CRM-RJ 23.950

8/14/7

A 50725

The

14: Foot osses in line one

17/12 - 125

10000 m. in 2000 m. in 10000 m.
 10000 m. in 2000 m. in 10000 m.

С: Кем до мене

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099

16/12/14

* 3077

140

10: 05 noon

Parasite upon itself, as for

For love, now, no longer

Ch. Camps sent

Cláudio Costa Neto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 24.099



HOSPITAL
MIGUEL ARRAS



IMIP

Instituto de Medicina Integral
Prof. Fernando Figueroa

EVOLUÇÃO CLÍNICA

NOME: Sergio Dantas REG: _____

CLÍNICA: _____ ENFERMAGEM: _____ LEITO: _____

DATA/HORA	
22/10/12	#8074 HD: Ex 9563 no Ponto (U) Ponte 1 quodis OF: To car swim in surge 1. Prom no diving Cedim Litopus cinnabicus Anommo.
23/12/14	#5074 02:00 HD: 1) Des. XSTRA, per 4 curins UF: uca, vultaria, lacaas, Conscientia, etc. TADQ For Seim e Surges preso e re Surge... C. 1) Anommo no Dr. CC.
23M2(17)	#Ortopedia & 18:40 Per submersible 12

Rodrigo de...
C...
TEC...
C...-27-88

Portados e
se submetido a ~~submissão~~
limpeza comungo de leite e
51 ~~medicamentos~~; Segue as curadas

#507

18/12/17

HO: 2 FA 2nd exam Anna C
2 FA 22 Immunidade Alta "12/12/17"

Soluções estão predominantemente com guias de
desem MIE

→ EF: FER, comente, orientado, exposto, hidratado, normocrom

- MIE: com febre 38,5

FO: Lím revirado sanguinolento

→ R: Aguardo

→ CD: Amarelo esverdeado tetraquero

Dr. Renato H. Glenda
Otorrinolaringologista
CRM-PR 25.345

#507

19/12/17

HO: 2 FA 2nd exam

Soluções estão predominantemente 2 FA

EF: FER, comente, orientado, exposto, hidratado, normocrom

→ FO: Bom aspecto de revirado sanguinolento

→ CD: Co 5º Grau R: 2 Boas raduças

Dr. Renato H. Glenda
Otorrinolaringologista
CRM-PR 25.345

#507

20/12/17

HO: 2 FA 2nd exam

Soluções estão predominantemente 2 FA com MIE

EF: FER, comente, orientado, exposto, hidratado

FO: Bom aspecto

→ CD: Co 5º Grau

Sabido no op

Dr. Renato H. Glenda
Otorrinolaringologista
CRM-PR 25.345

21/12/17

#507

Paciente com clareza

OF: PO Bom aspecto M1 5. Otorr (2/4)

ed: 0 kg. Monom A Parker
notas.

Dr. Pedro Cunha
Otorrinolaringologista
CRM-PR 25.345

EVOLUÇÃO CLÍNICA

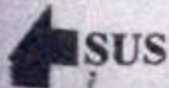
NOME: SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR REG: 79382

CLÍNICA:

ENFERMAGEM:

LEITO:

DATA/HORA	
17/12/2017	# SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
HAS -	# ADMISSÃO
DM- ALERG-	PACIENTE VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO HÁ +- 5 HORAS COM TRAUMA EM MIE. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA. NEGA DESMAIO, VÔMITOS, REFERE USO DE CAPACETE NA HORA DO ACIDENTE.
	EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, CORADO AFEBRIL
	EX. FÍSICO:
	A - VIAS AEREAAS PERVIAS
	B - RESPIRANDO ESPONTANEAMENTE
	C - SEM SINAIS DE CHOQUE
	D - GLASGOW 15
	E - PRESENÇA DE FERIMENTO EXTENSO EM FACE ANTERIOR DE PERNA ESQUERDA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA.
	HD: FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA
	CD: INTERNAMENTO
	AO BLOCO APÓS ALTA DA CIRURGIA GERAL
	<i>Daniel Cabral</i> Ortopedia e Traumatologia CRM 20.931



Laudo para solicitação de autorização de internação

5134

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	2 - CNES	8431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	HOSPITAL MIGUEL ARRAES	4 - CNES	8431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR			6 - Nº Prontuário	79382
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia	
700007843370107	18/04/1993	<input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe	CELMA CRISTIANA DA CONCEICAO			12 - Telefone de Contato	8187328707
13 - Nome Responsável	IGNORADO			14 - Telefone de Contato	97801115
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	AV D, 56 - MARANGUAPE II				
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP		
PAULISTA	261070	PE	53422660		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Exposições e Sintomas Clínicos
VITIMA DE QUEDA DE MOTO HA ~ 4 HORAS COM TRAUMA EM PERNA ESQUERDA. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA.

21 - Condições que justificam a internação
TRATAMENTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
ANAMNESE - EXAME FÍSICO - RADIOGRAFIA

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA ESQUERDA	S822	W199	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA	0408050500		
29 - Tipo de Procedimento	30 - Classificação de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRÚRGICA	2	(X) CNS () CPF	980016278437533
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)	
SORMANE DE CARVALHO BRITTO	17/12/2017	Daniel Sormane de Carvalho Britto Ortopedia e Traumatologia CRM - 14.031	16339

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
39 - () Acid. Trabalho Trajetado			

45 - Vínculo com a Previdência

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

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor
	E260000001

48 - Documento 49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

CNS () CPF

Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Daniel Sormane de Carvalho Britto
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 14.031

Código do Laudo: 408286



MIGUEL ARRAES



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: Sergio Antao Lima Junior 79392
IDADE: 24 SEXO: M DATA DA ADMISSÃO 17/12 DATA DA ALTA 28/12/17
DIAGNÓSTICO: Fratura Exposta dos ossos da perna esquerda

TRATAMENTO REALIZADO:

Fixação com haste intra-medular

ORIENTAÇÃO:

Visar com auxílio de muletas
troca watin
tomar medicações prescritas
Marcar retorno ambulatorial

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM () NÃO ()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: / /

Rodrigo E. da Silva Damasceno
Ortopedia e Traumatologia
CRM 25.524

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

RECEITUÁRIO

Sergio Antão de Lima
Júnior.

Paciente no 15º dia pós
operatório de fratura dos
ossos de perna esquerda

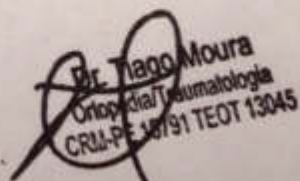
Exclui sem intercorrências

HD - Fratura de ossos de perna
Esq.

CD - Evitar carga por
noventa dias.

522

12/01/12


Dr. Tiago Moura
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 18791 TEOT 13045

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR



DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
8076620 SDS PE

CPF
083.185.474-03

DATA NASCIMENTO
16/04/1993

FILIAÇÃO
SERGIO ANTAO DE LIMA
CELMA CRISTIANA DA
CONCEICAO

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO
05317385165

VALIDADE
11/07/2021

1ª HABILITAÇÃO
03/10/2011

OBSERVAÇÕES
Exerce Ativ Remunerada

Sergio Antao de Lima Junior

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
PAULISTA - PE

DATA EMISSÃO
13/07/2016

ASSINATURA DO EMISSOR

69878481530
PE073699128

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1300673954

PROIBIDO PLASTIFICAR
1300673954

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190441438 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NA DIÁFISE NA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR).
ALTA. (P1/2/3/5FC/6FC/7FC/11/13/14/15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0248292/19

Número do Sinistro: 3190441438

Vítima: SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

CPF: 083.185.474-03

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 17/12/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

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: 31/07/2019
Nome: SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR
CPF: 083.185.474-03

SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/07/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190441438 **Cidade:** Paulista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR **Data do acidente:** 17/12/2017 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA NA DIÁFISE NA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (HASTE INTRAMEDULAR).
ALTA. (P1/2/3/5FC/6FC/7FC/11/13/14/15)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190441438

Vítima: SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

Data do Acidente: 17/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

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

Boletim de ocorrência não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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, 26 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190441438

Vítima: SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

Data do Acidente: 17/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

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, 31 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190441438

Vítima: SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

Data do Acidente: 17/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **SERGIO ANTAO DE LIMA JUNIOR**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **000000944**

Conta: **0000061822-0**

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

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

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

(*) Assinatura de quem assina A RGO

CPF:

Nome:

Local e Data,

04/07/2019

TESTEMUNHAS

1º Nome:

CPF:

Assinatura

2º Nome:

CPF:

Assinatura

MORTE

Estou cliente 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 cliente, 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.

Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Se tinha filhos, informar quantos:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	nasceu (vai nascer)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Vítima deixou	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	país/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Grau de Parentesco com a vítima:			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorçado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Vivo			
Data do óbito da vítima:			

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Pelo motivo assinado, 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.

- ☐ 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; ou
- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

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 (assinhar uma das opções):

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

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.

AGÊNCIA:	0944	CONTA:	61822
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			

RENDAS MENSAL:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR
SEMI RENDA	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00
	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00
	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00
	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

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

AGÊNCIA:		CONTA:	
(informar o dígito se existir)			
Nome do BANCO:			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			

DADOS BANC



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 028ª CIRCUNSCRIÇÃO - PAULISTA - DP28ªCIRC DIM/8ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0118001383**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **04/02/2019** às **10:27**

Complementa o BO Número: **17E0118012552**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado) que aconteceu no dia **17/12/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE PAULISTA, 1 - Bairro: CENTRO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

AUTOR DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
WESLEY CESAR OLIVEIRA LIRA (VITIMA)
SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): WESLEY CESAR OLIVEIRA LIRA

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

WESLEY CESAR OLIVEIRA LIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JACKELINE OLIVEIRA LIMA
Pai: **GIVANILDO OLIVEIRA DA SILVA** Data de Nascimento: **23/9/1991** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **BAIRRO DE MARANGUAPE II, 5, RUA 57 - CEP: 55000-000 - Bairro: MARANGUAPE - II - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: CELMA CRISTIANA DA CONCEIÇÃO Pai: **SERGIO ANTÃO DE LIMA** Data de Nascimento: **16/4/1993** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8076620/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU COMPLETO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES**

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **WESLEY CESAR OLIVEIRA LIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **WESLEY CESAR OLIVEIRA LIRA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDH0145** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2KD0810GR446700**

Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016**

Descrição: **MOTOCICLETA HONDA PLACA PDH 0145**

Complemento / Observação

A VITIMA VINHA CONDUZINDO SUA MOTO HONDA BROSS 160 PLACA PDH0145, NA PE 15 SENTIDO OLINDA HOJE POR VOLTA DAS 19:51HS QUANDO OUTRA MOTO HONDA BROSS DE PLACA PDB 1694, QUE SAINDO DE UMA RUA SECUNDARIA, PROXIMO AO CEMITERIO MORADA DA PAZ, ENTROU NA PE 15 SEM SINALIZAR E COLIDIU NA MOTO DA VITIMA CAUSANDO UMA COLISÃO ENTRE AS DUAS MOTOS. A VITIMA FOI SOCORRIDO E LEVADO E LEVADO PARA O HOSPITAL UNIMED RECIFE ONDE FOI MEDICADO E UM PESSOA DE NOME SERGIO JUNIOR (SEGUNDA VITIMA), QUE VINHA NA GARUPA DA MOTO, FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES COM SUSPEITA DE FRATURA. A VITIMA RELATA QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTO SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO, NAO SENDO POSSIVEL A SUA IDENTIFICAÇÃO. O FATO SE DEU HOJE POR VOLTA DAS 19:50HS NO BAIRRO DE FRAGOSO - PAULISTA. A VITIMA RELATA QUE TEVE SEU CELULAR APPLE IPHONE 8 DESTRUÍDO NA HORA DO ACIDENTE. NADA MAIS A REGISTRAR.

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

Wesley Cesar Oliveira Lira

WESLEY CESAR OLIVEIRA LIRA
(VITIMA)

Sergio Antão de Lima Junior
SERGIO ANTÃO DE LIMA JUNIOR
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Fabio Jose Lopes Martins* **FABIO JOSE LOPES MARTINS - MAT. 221340-0 - Matrícula: 221340-0**



04/02/2014