

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 290719844-00 4 - Nome completo da vítima: Dorival Barbosa de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Dorival Barbosa de Lima 6 - CPF: 290719844-00
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Domingos Henrique da Rocha 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Beteiz d'us 12 - Cidade: Cha-epande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 991349621

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1771 X CONTA: 16311 2
(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Opatá - PE 09.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



SAMU
192

CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 22 de Março de 2019

Declaro para os devidos fins de comprovação que Dorgival Barbosa De Lima, 59 anos de idade, foi atendido(a) pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) 192 Chã Grande, no dia 15 de Fevereiro de 2019, às 13 h 26 min (número do registro da ocorrência: S 589905).

Breve descrição do caso e estado geral do paciente/vítima:

Vítima de acidente de moto (colisão em
muro).

Encaminhado para o Hospital: General Alfredo Alves De Lima

Avaliado pelo(a) médico(a): Dr. Ítalo Jorge Lira (CRM 22000)

Removido para o hospital de referência: Hospital Da Restauração

() Não se aplica ao caso.

Procedimentos realizados pelo SAMU 192 Chã Grande:

Protocolo de Trauma, avaliação dos SSV e
neuroológica, Oxigenoterapia e infusão de fluidos.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De Sousa Marêdo
Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Isabella Mayara Sousa

DEPARTAMENTO DE SAMU
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET 2019
Gestão Estratégica
Av. Rui Barbosa, 71
Recife - PE

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.387,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01771-X

CONTA: 000010016311-4

Nr. da Autenticação C42DEA303B871AA3



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

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0026943-00 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
JOÃO ALBERTO PINTO CARVALHO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA 15 DE NOVIEMBRO, 271

CPF 142.362.654-00

CENTRO GRAVATA
GRAVATA PE
55640-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SEI	NUMERO
07468225	UNICA	22/08/2019
SARRENTIAÇÃO	NUMERO	DATA
22/08/2019	2001895886	1267452

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7005306404	08/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE VENCIMENTO (FAT)
29/08/2019	20/09/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	18,84

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	30,0000000	0,57317404	17,19
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,12
Acréscimo Bandeira VERMELHA			0,21
Multa por atraso NF 006880793 - 21/08/19			0,33
Juros por atraso NF 006880793 - 21/08/19			0,18
Avaliação IGPM NF 006880793 - 21/08/19			0,14

TOTAL DA FATURA 18,84

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA ANTERIOR	DATA ATUAL	LEITURA ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	CONSUMO (KWH)
5900348	CA1	23/07/2019	4.382,00	22/08/2019	4.392,00	30	1,00000	9,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TENDÊNCIAS	
Mês/Ano kWh		SERIE DE CÁLCULO	VALOR DO IMPORTE
AGO 19 30		ICMS	0,13
SET 19 30		PIS	0,13
OUT 19 30		COPINS	0,02
NOV 19 30			
DEZ 19 30			
JAN 20 30			
FEB 20 30			
MAR 20 30			
ABR 20 30			
MAY 20 30			
JUN 20 30			
JUL 20 30			
AGO 20 30			

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento por meio de boleto ou depósito em nome da Companhia Energética de Pernambuco. O cliente é responsável por manter a validade do boleto e a validade do depósito. O cliente é responsável por manter a validade do boleto e a validade do depósito. O cliente é responsável por manter a validade do boleto e a validade do depósito.

ATENÇÃO: A DESPESAS DE CONTAS EM ATRASO
O cliente é responsável por manter a validade do boleto e a validade do depósito. O cliente é responsável por manter a validade do boleto e a validade do depósito. O cliente é responsável por manter a validade do boleto e a validade do depósito.

Este documento NÃO substitui a nota fiscal emitida pela Companhia Energética de Pernambuco. O cliente é responsável por manter a validade do boleto e a validade do depósito. O cliente é responsável por manter a validade do boleto e a validade do depósito.

DISTRIBUIÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERFERÊNCIAS				NÍVEL DE TENSÃO	
CONSUMO	VALOR APRESENTADO	LIMITE NOMINAL	LIMITE TENSÃO	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
DIS	0,00	6,65	11,10	220	202 - 231
PIG	0,00	0,38	5,72		
OMG	0,00	2,20	0,00		

LIMITE DE CTE 12,22 - CTE - Valor do Encargo de Uso no Sistema de Distribuição - R\$ 0,00

CONTA CONTRATO 7005306404 MÊS/ANO 08/2019 DATA DE VENCIMENTO 29/08/2019 TOTAL A PAGAR (R\$) 18,84

83800000000-9 18840011007-5 00530640410-0 14139899073-9

DEPARTAMENTO DE ENFERMIA
DPAV
CONTROLE DE MEDICAMENTOS
10 SET 2019
Cassia Regina de Azevedo
Av. Rui Barbosa 715 - 11.5
Recife - PE

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/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 nº9.613/98.

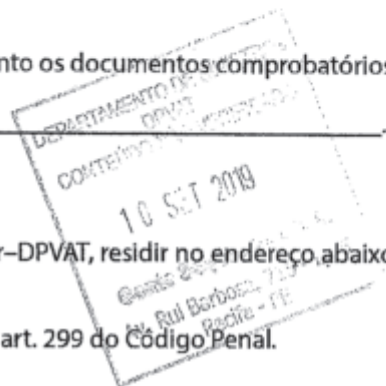
Pelo exposto, eu Júlia Carolina B. Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 093907424 / 86 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Dagival Barbosa de Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 290719844 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Dagival Barbosa de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 290719844 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>Rua 15 de Novembro</u>		Número <u>255</u>	Complemento <u>A</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Opacata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55640-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81991349621</u>

Opacata, PE de Setembro de 2019
Local e Data

Júlia Carolina B. Ferreira
Assinatura do Declarante



HOSPITAL GERAL ALFREDO ALVES DE LIMA
PREFEITURA MUNICIPAL DE CHÃ GRANDE - PE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Atendimento em: 15/02/2019 às 13:24:24 | N° do Atendimento:

FICHA DE ATENDIMENTO

Código Paciente: PAC_270310
Cartão SUS: 707609280650390
Nome do Paciente: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA
Data Nascimento: 18.12/1959
Idade: 59 anos
Sexo: Masculino
Raça/Cor: Pardo
Contato 1: Contato 2:
Nome dos Pais: OTAVIA CONCEICAO COELHO
Endereço: RUA NILTON CARNEIRO, 02,
CHÃ GRANDE - PE

ANTROPOMETRIA

PESO: KG ALTURA: M MASSA:

SINAIS VITAIS / GLICEMIA

P.A.: 140x110 mmHg TEMPERATURA: C GLICEMIA:
FREQ. CARD.: bpm SAT. O2.: %
FREQ. RESP.: mpn HGT: 159

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ALERGIAS? () QUAIS?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE:

Paciente atende o médico no consultório + sintomas: apneia, suores noturnos - confusão em meio familiar, trauma em fêmur e fêmur (E)

EXAMES FÍSICOS

AO EX: Coração: normal, pulmões: normal, fígado: normal

Artérias: normais

Tensão: normal

Glucose: 13

EXAMES COMPLEMENTARES

MM: Função Exposta 3º 4º e 5º dedos D.
Trauma em fêmur D.

TRATAMENTO

Tec. Anestesiado

1 SFC 0.9% 500ml

2 Decadron 4mg
Dexametasona 4mg

Data do Atendimento:

CRISTIANE
Médico
CRM 25691

Dr. Marcos Bragança
Médico
CRM / Carimbo

3 a fêmur 2gr mrcu

4 Trauma 1000 + 100ml SFC 0.9%

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1669384

Nome: Dorival Barbosa de Lima

Foi atendido às _____ hs. do dia 15/02/19

Diagnóstico Provável: Fratura exposta de
h: QDD + luxação de joelho (E)
e lesões completas de pele
profundas.

CID: S62 + S85.0 + S85.5
+ S83.1

Tratamento Realizado: Tratamento cirúrgico
e fixação externa +
reconstrução da pele.

Observação: 1) Ao ambulatório de Dr Paulo
Loureiro (3 semanas) +
2) Afastamento de 90 dias (aviso).

Cópia de: _____

18/03/19

Médico - CRM Nº

Dr. José Márcio Gomes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE: 25516

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou
ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do
tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público
do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO **PERNAMBUCO**

GOVERNO DO ESTADO

Paciente:	Registro:
Clinica:	Box/Leito/Enfermaria:

Exame ao 1º dia
Dengue - Prurigo 5x
Linha - 1 postulante
de fraca sequela 5x
Exame - em membro
inferior esquerdo
com síndrome de fadiga
no fêmur e tornozelo.
Estimulação por
injeção por 6 (seis)
vezes. CD 193.5

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
FARMACIA
CONTROLE DE MEDICAMENTOS
10 SET 2019
Rua da Restauração, 315 - 14
Av. Rui Barbosa, 715 - 14
Recife - PE

Data: 20/08/19	Ass. Dr. Paulo Lima Oncologista Clínica de Jovens CRM: 9076
Ass. Carimbo Médico/CREMEPE	

(CÉDULA DE IDENTIDADE)

POLEGAR DIREITO 119

Dorgival Barbosa de Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CASA DA MOEDA DO BRASIL

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL 2213199

NOME **DORGIVAL BARBOSA DE LIMA**

FILIAÇÃO **OTÁVIA CONCEIÇÃO COELHO**

CHÁ GRANDE - PE 18/12/1959

NATURALIDADE DATA DO NASCIMENTO

RECIFE-PE 15-05-1980

DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CASA DA MOEDA DO BRASIL

TAC 170310

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICAS E FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO 2º
CADASTRO GERAL DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

SIGNATURA DO CONTRIBUINTE

Dorgival Barbosa de Lima

CIC

NASCIMENTO 18.12.59

INSCRIÇÃO NO CPF 290 719 844 00

CONTRIBUINTE

DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

SECRETÁRIO DA RECEITA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE GERAL
FPM -
CONTABILIDADE GERAL

10 SET 2019

Conto 84074 215-44.2
Av. Rui Barbosa, 215-44.2
Recife - PE

REGISTRO GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NOME: 8.531.727

DATA DE EXPEDIÇÃO: 28/04/2014

« JÉSSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA »

FILIAÇÃO: « JOSEVALDO JOSÉ LAURENTINO FERREIRA »

« IRACEMA MARIA DA SILVA »

NATURALIDADE: GRAVATÁ - PE

DATA DE NASCIMENTO: 01/04/1991

« 075514 01 55 2014 3 00009 057 »

0002949 28 GRAVATÁ-PE

CPF: 093.907.724-86

LEI Nº 7.118 DE 20/06/81

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E LAZER DO BRASIL

09-R50

Jessica Iracema Laurentino Ferreira

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SUCESSO

DMAT

CONTEÚDO INATIVO

10 SET 2019

Assessoria de Sucesso

Av. Rui Barbosa, 100 - 4.º.º

Recife - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525995 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 4º quirodáctilo direito, luxação do joelho esquerdo com lesão completa do feixe poplíteo e traumatismo crânio encefálico moderado.

Descrição do exame físico: Refere cefaleia e tontura e dor no membro inferior esquerdo. Ao exame apresenta deformidade grave com limitação severa dos movimentos do 4º quirodáctilo direito, edema residual intenso (++++/++++) e bloqueio completo dos movimentos do joelho esquerdo (em extensão)

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico das fraturas com osteossíntese do 4º quirodáctilo e osteossíntese com fixador externo e reconstrução do joelho esquerdo. Evoluiu com comprometimento severo do 4º dedo e limitação completa do joelho esquerdo. Refere fisioterapia e alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314101/19

Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

CPF: 290.719.844-00

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA : 093.907.724-86

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

DORGIVAL BARBOSA DE LIMA : 290.719.844-00

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: 10/09/2019
Nome: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA
CPF: 093.907.724-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/09/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525995

Cidade: Amaraji

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Data do acidente: 15/02/2019

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta do 4º quirodáctilo direito, luxação do joelho esquerdo com lesão completa do feixe poplíteo e traumatismo crânio encefálico moderado.

Descrição do exame físico: Refere cefaleia e tontura e dor no membro inferior esquerdo. Ao exame apresenta deformidade grave com limitação severa dos movimentos do 4º quirodáctilo direito, edema residual intenso (++++/++++) e bloqueio completo dos movimentos do joelho esquerdo (em extensão)

Resultados terapêuticos: Quadro submetido a tratamento cirúrgico das fraturas com osteossíntese do 4º quirodáctilo e osteossíntese com fixador externo e reconstrução do joelho esquerdo. Evoluiu com comprometimento severo do 4º dedo e limitação completa do joelho esquerdo. Refere fisioterapia e alta médica.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional do joelho esquerdo

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 27/09/2019

Conduta mantida:

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 completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau intenso - 75 %	7,5%	R\$ 1.012,50
Total			32,5 %	R\$ 4.387,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525995 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.
LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - JOELHO. (P2)

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO JOELHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO 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 completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190525995 **Cidade:** Amaraji **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA **Data do acidente:** 15/02/2019 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE 4º DEDO DA MÃO DIREITA.
LUXAÇÃO DO JOELHO ESQUERDO COM LESÃO COMPLETA DE FEIXE POPLÍTEO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - JOELHO. (P2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: @P.3- SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3190525995**

Nome do(a) Examinado(a): **DORGIVAL BARBOSA DE LIMA**

Endereço do(a) Examinado(a):

R Domingos Henrique da Rocha, SN, C - CENTRO - Chã Grande - PE - CEP 55636-000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **2213199**

Data e local do acidente: [**15/02/2019**] **Amaraji**

Data e local do exame: [**27/09/2019**] **Caruaru** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

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

Fratura exposta do 4º quirodáctilo direito, luxação do joelho esquerdo com lesão completa do feixe poplíteo e traumatismo crânio encefálico moderado.

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

Refere cefaleia e tontura e dor no membro inferior esquerdo. Ao exame apresenta deformidade grave com limitação severa dos movimentos do 4º quirodáctilo direito, edema residual intenso (+++/+++) e bloqueio completo dos movimentos do joelho esquerdo (em extensão)

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Quadro submetido a tratamento cirúrgico das fraturas com osteossíntese do 4º quirodáctilo e osteossíntese com fixador externo e reconstrução do joelho esquerdo. Evoluiu com comprometimento severo do 4º dedo e limitação completa do joelho esquerdo. Refere fisioterapia e alta médica.

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

[☒] Sim [☐] Não

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

Limitação funcional do 4º quirodáctilo direito, Limitação funcional do joelho esquerdo

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

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

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

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

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

Região Corporal (Sequela):

4º quirodáctilo direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

Joelho esquerdo

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

Região Corporal (Sequela):

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

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



Andrea Rodrigues Madeira - CRM: 19953 - PE

Rio de Janeiro, 23 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190525995

Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 11 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190525995

Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

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, 13 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190525995

Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Data do Acidente: 15/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JESSICA IRACEMA LAURENTINO FERREIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

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\$ 4.387,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 10%) 7,50%

Valor a indenizar: 7,50% x 13.500,00 = R\$ 1.012,50

Recebedor: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

Valor: R\$ 4.387,50

Banco: 001

Agência: 000001771-X

Conta: 000010016311-4

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,



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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 290719844-00 4 - Nome completo da vítima: Dorival Barbosa de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Dorival Barbosa de Lima 6 - CPF: 290719844-00
7 - Profissão: Agricultor 8 - Endereço: R. Domingos Henrique da Rocha 9 - Número: 10 - Complemento:
11 - Bairro: Beteuz d'us 12 - Cidade: Cha-epande 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55636-000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 81 991349621

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1771 X CONTA: 16311 2
(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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - 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.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____

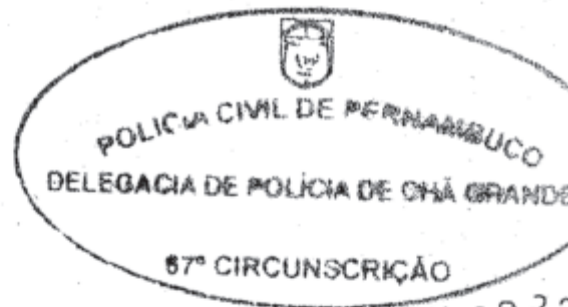
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Opatá - PE 09.09.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067ª CIRCUNSCRIÇÃO - CHÃ GRANDE -
DP67ªCIRC DINTER1/12ªDESEC

546932
0314101/19

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0157000266

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 27/03/2019 às
12:43

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 15/2/2019 às 13:00

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE AMARAJI, 01, RODOVIA PE 71 -**
Bairro: **ZONA RURAL - AMARAJI/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de
Referência: **PONTE DO RIO IPOJUCA**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

O ESTADO (AUTOR / AGENTE)
DAISY NEVES BARBOSA DE LIMA (NOTICIANTE)
DORGIVAL BARBOSA DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a)
Sr(a): DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

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

DORGIVAL BARBOSA DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
OTÁVIA GONÇALVES GOMES Data de Nascimento: **18/12/1959** Naturalidade: **CHÃ GRANDE /**
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: **2213195/337/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares:
- 984656362

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CHÃ GRANDE, 25, RUA DOMINGOS HENRIQUE DA**
ROCHA - CEP: 0 - Bairro: BEATRIZ ALVES - CHÃ GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL,
COLÉGIO JOÃO FAUSTINO

O ESTADO - Ramo da Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no
estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

DAISY NEVES BARBOSA DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe:
JOSEFA MARIA DAS NEVES Pai: **DORGIVAL BARBOSA DE LIMA** Data de Nascimento:

16/3/1994 Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos:
9645385/SDS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **TECNICO DE ENFERMAGEM**
 Telefones Celulares:
 - **994756187**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CHA GRANDE, 25, RUA DOMINGOS HENRIQUE DA ROCHA - CEP: 8 - Bairro: BEATRIZ ALVES - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DORGIVAL BARBOSA SE LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DORGIVAL BARBOSA SE LIMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CO 125 TITAN KS** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **K183218 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)** Renavam: **800082535** Chassi: **902JG30103R231425**
 Ano Fabricação/Modelo: **2003/2003**

Complemento / Observação

A SENHORITA DAISY COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA COMUNICANDO QUE, NA OCASIÃO DESCRITA, O SEU PAI, DORGIVAL, CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA QUANDO, PERDEU O CONTROLE E CHOCOU-SE COM UM MURO, ÀS MARGENS DA RODOVIA PE 71, SOFRENDO LESÕES MÚLTIPLAS PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU DESTA CIDADE DE CHA GRANDE PARA O HOSPITAL LOCAL, SE ONDE FOI REMOVIDO PAA O HR. EM RECIFE.

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

DAISY NEVES BARBOSA DE LIMA
(NOTICIANTE)

Daisy Neves Barbosa de Lima

S.O. registrado por: **VALTER JOSE DOS SANTOS** - Matrícula: **202586-0**

Valter Jose dos Santos

