

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: Drajival 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: Drajival Barbosa de Lima	6 - CPF: 290719844-00		
7 - Profissão: Agricultor	8 - Endereço: R. Domingos Henrique da Rocha	9 - Número: 10 - Complemento:	
11 - Bairro: Betânia das	12 - Cidade: Chapada	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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 1771 X CONTA: 16311 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:	
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (não nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
---	---	--	--	---	--

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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	38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
	36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido	Assinatura da testemunha
	37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido	39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
		Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Operária - PE 09.09.19**

y / Drajival Barbosa de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



CERTIDÃO NARRATIVA DE ATENDIMENTO

Chã Grande, 22 de Marcço 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).

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
10 SET 2019
Gabinete da Secretaria
Av. Rui Barbosa, 77
Recife - PE

Encaminhado para o Hospital: Geral Alfredo Alves De Lima

Avaliado pelo(a) médico(a): Dr. Italo 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 SSVI e neurológico, Oxigenoterapia e infusão de fluidos.

Para mais informações, procurar a coordenação do serviço.

Atenciosamente,

Isabella Mayara M. De Souza Maréda
Coordenador do SAMU 192 Chã Grande-PE

Isabella Mayara Sousa

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, Pernambuco - CEP 50035-002
 CNPJ 10.035.932/0001-06 | Insc. Est. 0035943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 JOSÉFA MARIA DAS NEVES

CPF: 849.595.334-04 NIS: 16245518963

CLASSIFICAÇÃO
 B1 RESIDENCIAL
 BAIXA RENDA COMUNIS

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 RUA DOMINGOS HENRIQUE DA ROCHA

BEATRIZ ALVES/CHÁ GRANDE
 CHÁ GRANDE PE
 55638-000

CONTATO CONTRATO	MESANO
1175922020	01/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
14/01/2019	05/02/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
30,40	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh:
 Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh:
 Contrib. Ilum. Pública Municipal:
 Multa por atraso-NF 041714791 - 10/12/18:
 Juros por atraso-NF 041714791 - 10/12/18:

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30,0000000	0,18069315	5,42
08,0000000	0,031010280	20,46
		3,98
		0,63
		0,01

TOTAL DA FATURA

30,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNDÇÃO	ANTERIOR	DATA	LEITURA	ATUAL	DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
313306539	CAT	10-12-2018	5.963,00		07-01-2019	5.980,00	29	1.00000			96,00

HISTÓRICO DE CONSUMO

MES/ANO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔTO
JAN18	ICMS		
DEZ18	PIS	26,00	0,45
NOV18	COFINS	25,00	0,45
OUT18			
SET18			
AGO18			
JUL18			
JUN18			
MAY18			
ABR18			
MAR18			
FEV18			
JAN18			

Consumo Ativo até 30 kWh:

Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh:

TABELAS APlicadas:

0,19309502

0,0022600

RESUMO DO PREÇO:

70CT1 EBF 7 7088 FDB4 C4B3 8111 DDCF 547E

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Política de preços praticados: Venda ao menor e menor. Na fatura o cliente não terá direito à desconto de 1% sobre o consumo de até 100 kWh. Na compra em www.celpe.com.br, na fatura de desconto a vendora em vigor à Venda. Mais informações em www.celpe.com.br. O cliente é compensado quando houver variação no consumo individual ou no nível de fornecimento de energia elétrica, entre 1,5% e 2,2% do ICMS-PB, desde que a variação monetária no preço, nela fixada pelo ICMS-PB, entre 1,5%, 10,78%, e 2,22%, de ICMS-PB, acarre 1% no valor da fatura. A compensação monetária no preço, nela fixada pelo ICMS-PB, entre 1,5%, 10,78%, e 2,22%, de ICMS-PB. Desconto para aplicação da Tarifa Social de Energia Elétrica criada pela Lei nº 10.438 de 23/04/02 - R\$25,60. O Cliente é compensado quando há descompensamento do preço definido para os padrões de atendimento comercial.

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL nº 142/2010) e demais regulamentos, tarifas e procedimentos que se encontrem em vigor, podem ser consultadas, em nossas Unidades de atendimento.



Quando: 08/09/2019
 Local: 08/09/2019
 Atividade: 08/09/2019
 Endereço: 08/09/2019
 Recife - PE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 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.

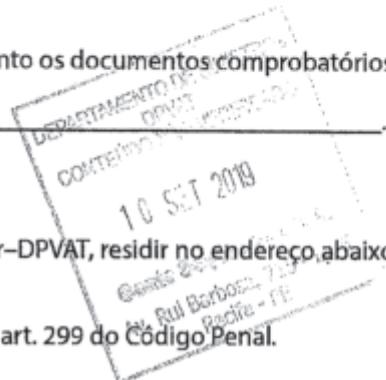
Pelo exposto, eu Fájica Bacima B. Ferreira inscrito (a) no CPF/CNPJ 09.390.792-4 / 86, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Drajival Barbosa de Iaima inscrito (a) no CPF sob o Nº 290.719.844 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Drajival Barbosa de Iaima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 290.719.844 / 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	Número	Complemento	
<u>Rua 15 de Novembro</u>	<u>255</u>	<u>A</u>	
Bairro	Cidade	Estado	CEP
<u>Centro</u>	<u>Recife</u>	<u>PE</u>	<u>55640-000</u>
Email	Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)	<u>81 991349621</u>

Recife, PE de Setembro de 2019
Local e Data

Fájica Bacima B. Ferreira
Assinatura do Declarante



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

Atendimento em: 15/02/2015 às 13:27:24 | N° do Atendimento:

FICHA DE 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	Observações				
Endereço: RUA MITTON CARNETRO , 02,					

ANTROPOMETRÍA

PESO: KG ALTURA: CM

SINAIS VITais / GLIGEMTA

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

ALERGIAS? () QUAT'S?

SINTOMAS RELATADOS PELO PACIENTE

Paciente astuto e paciente mal-ocluso + sonrisa; apurada,
fumante Canto - contuso Em visão parcial, Tranca em fechado
e falavam queimado. (D) EXAMES FÍSICOS

EXAMES FÍSICOS

AO PT: Canevet, amihab, Cupuncos; banchahe
DIAGNÓSTICO
nacal, chus, otoal.

DIAGNÓSTICO

Proclaim / June

Tenuse Linn.

Glasgow, 13

EXAMES COMPLEMENTAIRES

Mrs. - Fumaria Exposta 3^o 4^o andacabulo D.
Tcamor En Geleiro D.

TRATAMENTO

Tee Woods

SFC 0.9 x 500 ml

De cada uno 4 ms) n.s.e

Dysmenorrhea age 14 yr cu

CODE NAME 1258/93
de Entfernung
der Meldesendes

~~Dr. Marcos Brum
Médico
CRM-PE 25691~~

Médico / CRM / Carimbo

Data do Atendimento:

Dr. Marcus Pearce
1000 W. 12th Street, Suite 200
Austin, Texas 78701
Phone: 512-236-5091

Avenida 10 de Dezembro, Chi Grande - 12.º Ponto - (41) 45-2-1-0000

FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 16 69 384

Nome: Dorgival Barbosa de Lima

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

Diagnóstico Próvel: Fratura exposta de
h. QDD + luxação de joelho (F)
c/ lesão completa de ferre
proprietário.

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

Tratamento Realizado: Treatment cirúrgico
c/ fixação externa +
reconstrução do joelho.

Observação: ① As ambulatórias de Dr Paula
Carne (3 sessões) +
② A postauraria de qd diafrante).

Cópia de:

18/03/19

Médico - CRM N°

Dr. José Lúcio Gomes dos Santos
Ortopedista e Traumatologista
CRM-PE: 25516

AVENÇAO: 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 N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO

SEDE DO ESTADO

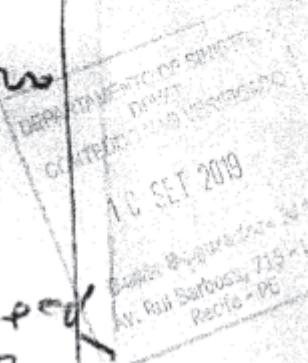
Paciente:

Registro:

Clinica:

Box/Leito/Enfermaria:

Marcos Antônio
Diagnóstico: Bruxismo
Luis - 1º portador
Se grave sequelas
Tumor - em membrana
superior expandido
com fundo de saco
no fôlego e tons gelo.
Está encapuzado
infarto por 6 (seis)
meses. C.D. 193.9



Data: 20/08/19

Ass. Centro de Medicina Legal/CREMEPE

Órgão de fiscalização:
Data: 30/08/2019

COD. 0340

(CEDULA DE IDENTIDADE)



OLC 110

Dorgival Barbosa de Lima
ASSINATURA DO PORTADOR

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

CARTÃO NACIONAL DO BRASIL

(REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL)

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

REGISTRO GERAL
2213199

NOME DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

MUNICÍPIO OTÁVIA CONCEIÇÃO COELHO

CHÁ GRANDE - PE

NATURALIZADO

18/12/1959

DATA DO NASCIMENTO

RECIFE PE - 15 - 05 - 1980.

DIRETORIA DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTÃO NACIONAL DO BRASIL

(VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL)

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO DE PROVA DE INSCRIÇÃO NO 2º
CADASTRO PESSOAL FISCAL

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

Dorgival Barbosa de Lima

NASCIMENTO

18.12.59

INSCRIÇÃO NO GPF

290 719 844 00

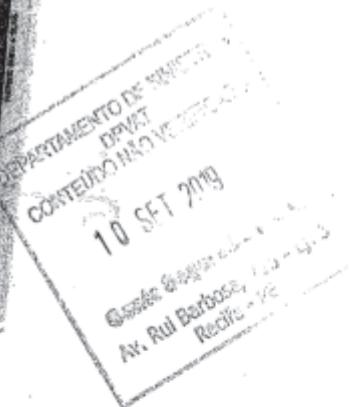
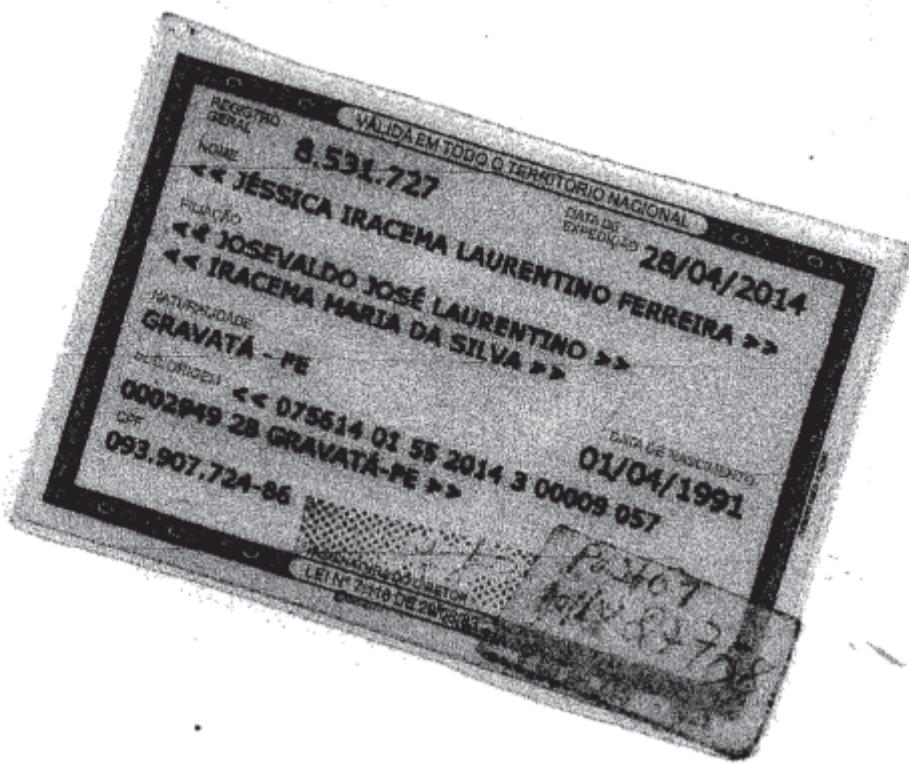
CONTRIBUINTE

DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS
D.P.S.
CONTROLE DO NECESSARIO
10 SET 79

Gesta 2022
Av. Rui Barbosa, 755 - 42
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:

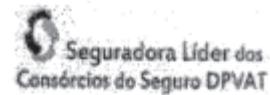
Observações:

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

PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0314101/19

Vítima: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

CPF: 290.719.844-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/02/2019

Titular do CPF: DORGIVAL BARBOSA DE LIMA

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

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

Valorização 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?

[**X**] 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)?

[**X**] 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 () 75% intensa () 100%
completo

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

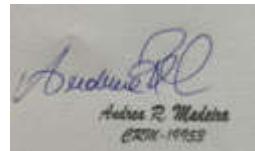
Joelho esquerdo

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoraalider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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**

limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno 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,

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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:

Drajival Barbosa de Lima

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Drajival Barbosa de Lima

6 - CPF:

290719844-00

7 - Profissão:

Agricultor

8 - Endereço:

R. Domingos Henrique da Rocha

9 - Número:

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Betânia das

12 - Cidade:

Ema-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
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 1771

X CONTA: 16311

2

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 Lider 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.

DEPARTAMENTO DE
CONTROLE DE RISCO
SET 2019

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 (não nascer)? Sim Não31 - 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 Lider 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 - 1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Operário - PE 09.09.19

y / Drajival Barbosa de Lima

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE CHÁ GRANDE

67º CIRCUNSCRIÇÃO

546932

0314101/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 067º CIRCUNSCRIÇÃO - CHÁ GRANDE -
DP67ºCIRC DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0157000266

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

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO 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 SE LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

DORGIVAL BARBOSA SE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
OTÁVIA CONEIGÃO GOELHO Data de Nascimento: 18/12/1959 Naturalidade: CHÁ GRANDE /
PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 2213199/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A)
Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
- 984666662

Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CHÁ GRANDE, 25, RUA DOMINGOS HENRIQUE DA
ROCHA - CEP: 5 - Bairro: BEATRIZ ALVES - CHÁ GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL,
COLEGIO JOÃO FAUSTINO

O ESTADO - Ramo de 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: 98483885/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Profissão: TECNICO DE ENFERMAGEM Telefones Celulares:
- 984756167

Endereço Residencial: MUNICÍPIO 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/CG 125 TITAN KS Objeto apreendido: Não Cor: VERDE - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KIS8318 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 800082535 Chassi: 9C2JG30903R252425
Ano Fabricação/Modelo: 2003/2003

Complemento / Observação

A SENHORITA DAISY COMPARCEU 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 PARA 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: 203586-9

Valter José dos Santos

