



BONITO

Hospital Dr. Alberto de Oliveira

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro Atendimento Médico :

65.732

Data:

25/02/2018

Hora: 16:1

Unidade de Origem:

Nome do Paciente: ALAN WEVERTON SILVA

Profissional ACS:

Genitor MARIA SIMONE DA SILVA

Data Nascimento: 30/10/2005 Idade: Idade: 12 anos 03 meses 26 dias

Sexo Feminino: Não Sexo Masculino: Sim Cor: M

Endereço: RUA 05

Ponto Referência:

Bairro: FREI DAMIÃO

Tipo de Acompanhante: Mae

Nome do Acompanhante: MARIA SIMONE DA SILVA

COMPREV V.I. / PREVENÇÃO S/A

Local de Ocorrência: HOSPITAL DR. ALBERTO DE OLIVEIRA

16 JAN 2020

Tipo de Ocorrência: Acidente de Trânsito

PROTOCOLO

Paciente Chegou: Ambulância

Temperatura: 37,5°C Peso: 16,3kg

P.A:

SPO2:

Pulso:

F. Respiratória:

HGT:

Queixa Principal:

QD:

Exame Físico:

Hipótese Diagnóstico:

① Dva hem. Baixa + corad. cravo
② MVR em NT + AR (sibilis)
③ RCR 21 Cultos Amostras (ser desinf. adeq.)
④ Gerd 12 (Cupulas gástricas) (ser desinf. adeq.)
⑤ Exang. em face / fadiga facil / baixa resist.

Dr. Sylvan Soares
Médico
CRM: PE 21.720

Dr. SYLVAN SILVA SOARES

Destino do Paciente: Observação Clínica

OBS:

SEM DOCUMENTOS...

Recepção:

Tamires

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 937839

Nome: Alan Weverton Silveira

Foi atendido às _____ hs. do dia 23, 02, 18 DA 02/03/19

Diagnóstico Próvel:

Lebitrau matizado

fre

fratura de NSD

bonus pulmonar.

Tratamento Realizado: Intubado na UTI 25/02/18
troc de dreno e cervical nome
ella do novo 26/02/18
ficou intubado do dia 25/02
a 27/02/18
Vers proa CICO

Observação: dy VAT

colocar dala gerade.

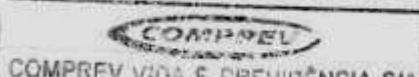
pausse do trumeto.

Cópia de: _____

300
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatório 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



16 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 937839

Nome: Alan Weverton Silveira

Foi atendido às _____ hs. do dia 23, 02, 18 DA 02/03/18

Diagnóstico Próvel:

politraumatizado

TCE

fratura de tibia

lombos pélvica

Tratamento Realizado: Internado na UTI 25/02/18

TCE de tibia e cervical nova

alta do novo 26/02/18

foi intubado do dia 25/02

a 27/02/18

VitS p/ea C106

Observação: Jg VAT

colocar dala gerade.

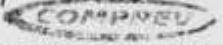
pacote do traumato.

Cópia de: _____

Neto
Médico - CRM Nº

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatório 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


COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

16 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 937839

Nome: Alan Weverton Suel.

Foi atendido às _____ hs. do dia 23, 02, 18 DA 02/03/18

Diagnóstico Próvel:

Pelétria traumatizada

fce

fratura de NSD

lentigens menovar.

Tratamento Realizado:

internado na UTI 25/02/18

tratamento de dor no e cervical normal

alta do nro 26/02/18.

paciente intubado do dia 25/02

a 27/02/18

VISB para CIC

Observação:

colocar tala gerade.

paciente de fumante.

Cópia de:

WILSON
Médico - CRM Nº

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 Pùblico do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157



Laudo MédicoDeclaro que o paciente **ALAN WEVERTON SILVA SIC**

Registro: 1624131 Cartão SUS:

DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO NO DIA 25/02/2018, APÓS ATROPELAMENTO, EVOLUINDO COM TCE E FRATURA FECHADA DE ÚMERO DIREITO (SEM DANO NEUROVASCULAR EM MHSS).

CID: 542.3

REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COM "PINÇA-DE-CONEFEITEIRO". OBSERVADO PADRÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TRATAMENTO CONSERVADOR.

- 1- ALTA HOSPITALAR
- 2- RETORNO AO AMBULATORIO DE DR FELIPE MONTE EM 2 SEMANAS
- 3- AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 45 DIAS
- 4- PERMANECER COM IMOBILIZAÇÃO ATÉ CONSULTA DE RETORNO

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

DATA: 07/03/2018

JOSE VINICIUS G DOS SANTOS - CRM: Nº.25516
MÉDICO/CRM





SECRETARIA DE SAUDE DO ESTADO DE PE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
SERVICO DE NEUROLOGIA

120
Pernambuco

Laudo Médico

Declaro que o paciente **ALAN WEVERTON SILVA SIC**

Registro: 1624131

DEU ENTRADA NESTE SERVIÇO NO DIA 25/02/2018, APÓS ATROPELAMENTO, EVOLUINDO COM TCE E FRATURA FECHADA DE ÚMERO DIREITO (SEM DANO NEUROVASCULAR EM MMSS).

CID: 542.3

REALIZADO IMOBILIZAÇÃO COM "PINÇA-DE-CONEFEITEIRO". OBSERVADO PADRÃO DE CRITÉRIOS DE INCLUSÃO PARA TRATAMENTO CONSERVADOR.

- 1- ALTA HOSPITALAR
 - 2- RETORNO AO AMBULATORIO DE DR FELIPE MONTE EM 2 SEMANAS
 - 3- AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES POR 45 DIAS
 - 4- PERMANECER COM IMOBILIZAÇÃO ATÉ CONSULTA DE RETORNO

DATA: 07/03/2018

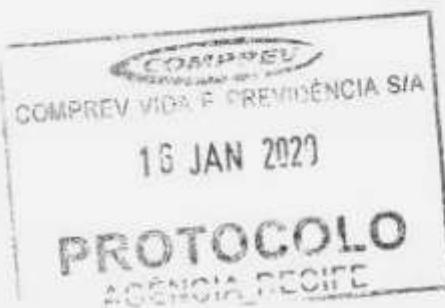
Dr. José Vítor Gomes dos Santos
Ortopedista Traumatologista
CRM-PE 25516

JOSE VINYCIUS G. DOS SANTOS - CRM: Nº 25516

MÉDICO/CRM







PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE UMERO DIREITO
TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO LEVE

Descrição do exame físico: VÍTIMA COM ARCO EIXO ANATOMICO DO BRAÇO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO CONTRALATERAL

Resultados terapêuticos: VÍTIMA COM ARCO DE MOVIMENTO PRESERVADO , COM TROFISMO MUSCULAR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS DO REFERIDO ACIDENTE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE UMERO DIREITO
TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO LEVE

Descrição do exame físico: VÍTIMA COM ARCO EIXO ANATOMICO DO BRAÇO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO CONTRALATERAL

Resultados terapêuticos: VÍTIMA COM ARCO DE MOVIMENTO PRESERVADO , COM TROFISMO MUSCULAR

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 27/01/2020

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA SEM SEQUELAS ANATOMICAS OU FUNCIONAIS DO REFERIDO ACIDENTE

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ P.1,2,5(BAM) P.5(RELATÓRIO) SINISTRO OCORRIDO EM 25/02/2018. / 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200028128 **Cidade:** Bonito **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALAN WEVERTON SILVA **Data do acidente:** 25/02/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
FRATURA DE ÚMERO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: P.1,2,5(BAM) P.5(RELATÓRIO) SINISTRO OCORRIDO EM 25/02/2018. / 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 funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0023948/20

Vítima: ALAN WEVERTON SILVA

CPF: 083.138.854-40

CPF de: Próprio

Data do acidente: 25/02/2018

Titular do CPF: ALAN WEVERTON SILVA

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA SIMONE DA SILVA : 072.896.144-02

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ALAN WEVERTON SILVA : 083.138.854-40

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/01/2020
Nome: MARIA SIMONE DA SILVA
CPF: 072.896.144-02

MARIA SIMONE DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/01/2020
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

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, 17 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200028128

Vítima: ALAN WEVERTON SILVA

Data do Acidente: 25/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA SIMONE DA SILVA

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.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, 21 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028128 **Vítima: ALAN WEVERTON SILVA**

Data do Acidente: 25/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), MARIA SIMONE DA SILVA

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, 06 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200028128 **Vítima: ALAN WEVERTON SILVA**

Data do Acidente: 25/02/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), MARIA SIMONE DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo 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 orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
4 - CPF da vítima:	083138854-40 Alan Weston Silva		

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

5 - Nome completo:	Alan Weston Silva		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (81) 9668-4814		

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: 083138854-40		
19 - Profissão do Representante Legal:	20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		

DADOS CADASTRAIS

21 - DADOS BANCÁRIOS:	<input type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO	<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____		
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caja Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____		
AGÊNCIA: 6989	CONTA: 3561	(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

<input checked="" type="checkbox"/> Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim

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 de quem assina o pedido (a rogo)	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	38 - 1º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	39 - 2º Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha: _____
40 - Local e Data:	41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): _____	

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
4 - CPF da vítima:	083138854-40 Alan Weston Silva		

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

5 - Nome completo:	Alan Weston Silva		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (81) 9668-4814		

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:	Maria Simone da Silva		
18 - CPF do Representante Legal:	083138854-40		
19 - Profissão do Representante Legal:	Recluso - se		

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)

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

<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6989

CONTA: 3561

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (veanaser)? <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: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input 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 de
vítima ou
beneficiário
que assinou

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data:

Bonito 30/11/19
Elaria Simone da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____ COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Assinatura da testemunha: 16 JAN 2021

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____ PROTOCOLO

Assinatura da testemunha: FLCITE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



**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: 3200028128
Nome do(a) Examinado(a): Alan Weverton Silva
Endereço do(a) Examinado(a): Rua São Jorge, 427 - Lote Frei Damiao
Centro Bonito PE CEP: 55680-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 08313885440
Data local do acidente: [25/02/2018]
Data local do exame: [27/01/2020] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE UMERO DIREITO
TRAUMA CRANIO ENCEFÁLICO LEVE**

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

**Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR DE FRATURA COM IMOBILIZAÇÃO E SUPORTE CLÍNICO
TCE- TRATAMENTO CONSERVADOR COM SUPORTE CLÍNICO**

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE

Data da Alta: 10/12/2019

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

VÍTIMA COM ARCO EIXO ANATOMICO DO BRAÇO PRESERVADO, COM TROFISMO MUSCULAR EQUIVALENTE AO LADO CONTRALATERAL

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

(X) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

() Sim (X) Não

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

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 o 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

(X) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

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

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

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

% 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 à valoração do dano corporal.

Vítima sem sequelas anatomicas ou funcionais do referido acidente

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Jackson Jésus Florêncio Júnior
CRM - PE 16.573
TEOT 13921

COMPRA VIGA E PREVIDÊNCIA SIA

16 JAN 2021

PROTÓCOLO
ANEXO FOLHA

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 092^ª CIRCUNSCRIÇÃO - BONITO -
 DP92^ªCIR^ª DINTER1/14^ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0182001192

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 26/10/2019 às
 14:55

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)
 que aconteceu no dia 25/2/2018 às 16:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE BONITO, 1, BAIRRO FREI
 DAMIÃO - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL
 Local do Fato: NÃO INFORMADO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
 MARIA SIMONE DA SILVA (NOTICIANTE)
 ALAN WÉVERTON SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a)
 Sr(a): DESCONHECIDO

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

MARIA SIMONE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DO CARMO DA SILVA** Pai: **JOÃO CANDIDO DA SILVA** Data de Nascimento: 17/1/1980
 Naturalidade: **BONITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7072061/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **VIUVO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones: Celulares: - **21992582737**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BONITO, 427, RUA 65, FREI DAMIÃO - CEP: 56900-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALAN WÉVERTON SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **MARIA SIMONE DA SILVA** Pai: **JOSÉ AGNALDO DA SILVA** Data de Nascimento: 30/10/2005
 Naturalidade: **BONITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **68313885448 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE BONITO, 427, RUA 65, FREI DAMIÃO - CEP: 56900-000 - Bairro: CENTRO - BONITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NÃO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido **Não**
 Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

PRESENTE A ESTA DELEGACIA SE ENCONTRA A SENHORA MARIA SIMONE DA SILVA, MÃE E RESPONSÁVEL LEGAL DE ALAN WÉVERTON SILVA, QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 25 DE FEVEREIRO DE 2018, NESTE MUNICÍPIO, NO BAIRRO FREI DAMIÃO, OPORTUNIDADE EM QUE FOI ATROPELADO POR UMA MOTOCICLETA (NÃO VIU MODELO OU COR) PILOTADA POR UMA PESSOA DESCONHECIDA, COMO ATESTAM OS DOCUMENTOS TRAZIDOS POR SUA MÃE (DECLARAÇÃO DO SAMU E FICHA DE ATENDIMENTO E LAUDO MÉDICO).

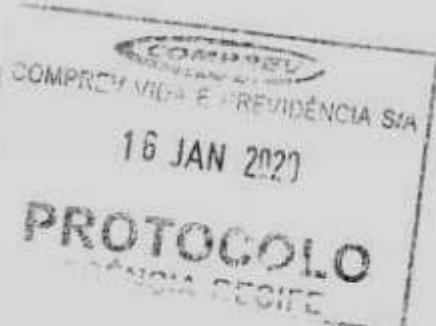
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

**MARIA SIMONE DA SILVA
(NOTICIANTE)**

Maria Simone da Silva

B.O. registrado por: **ANGELÔ RONCALLI MAGALHÃES QUARESMA FILHO -**
 Matrícula: **3875857**

AM



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
4 - CPF da vítima:	083138854-40 Alan Weston Silva		

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

5 - Nome completo:	Alan Weston Silva		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:	16 - Tel. (DDD): (81) 9668-4814		

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)

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

<input checked="" type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caja Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 6989

CONTA: 3561

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, 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): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima teve nascituro (veanaser)? <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: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input 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 de
vítima ou
beneficiário
que assinou

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

40 - Local e Data:

Bonito 30/11/19
Elaria Simone da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

38 - 1º Nome: _____	COMPREV
CPF: _____	COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
Assinatura da testemunha: 16 JAN 2021	
39 - 2º Nome: _____	PROTÓCOLO
CPF: _____	Assinatura da testemunha: FLCITE

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE: PERNAMBUCO

MUNICÍPIO DE: BONITO

1º DISTRITO DE: BONITO - (SEDE)

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

Nº 27.939

Eu, Bel Lamartine Cavalcanti Alves oficial do
REGISTRO CIVIL, em virtude da lei, etc.

CERTIFICO que às fls. 139 v do livro "A" 57 do registro de
nascimento, foi feito o assento de ALAN WÉVERTON SILVA : : : : :
nascido no dia trinta (30) : : : : de outubro (10) : : :
de dois mil e cinco (2.005) : : : : :
às 08h50 : : : : : horas, no hospital Dr. Alberto d'Oliveira,
ra, nesta Cidade : : : do sexo masculino
filho de JOSÉ AGNALDO DA SILVA : : : : :
e MARIA SIMONE DA SILVA : : : : :
sendo avós paternos // : : : : :
e Terezinha Maria Francisca da Conceição : : : : :
e maternos João Cândido da Silva : : : : :
e Maria do Carmo da Silva : : : : :.



Foi declarante o genitor
e serviram de testemunhas dispensadas - Lei 9.997/2.000
e

OBSERVAÇÕES: foi apresentada a DNV nº 23206490

PROTÓCOLO

16 JAN 2021

Registrado em 31 de outubro de 2.005

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

1º DISTRITO - SEDE

BONITO - PE

Bel LAMARTINE CAVALCANTI ALVES

Oficial

Rua Esdras Emiliano de Souza, 175 - Centro
CEP 55680-000 - Fone.(81)3737-1554

Filho(a) referido
Nome: é
Resid. PE

REFERIDO É VERDADE E DOU FÉ.

Bonito (PE)

, 31 de outubro de 20 05

Oficial

FEZ NO CARTÓRIO
AGNALDO CAVALCANTI
Rua Siqueira Campos, 88
Recife - PE

FEZ NO CARTÓRIO
AGNALDO CAVALCANTI
Rua Siqueira Campos, 88
Recife - PE

FEZ NO CARTÓRIO
AGNALDO CAVALCANTI
Rua Siqueira Campos, 88
Recife - PE



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra Maria Simone da Silva Nº DO CPF: 072.896.144-02 e RG Nº 7.072.061 SDS, Mãe e responsável de Alan Wéverton Silva Nº de Registro: 27.939 que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGreste**, atendimento realizado por este serviço ao MESMO com ID: 0308, no dia **25 de fevereiro de 2018**, às **16H e 29 min**, no endereço: **Bairro Frei Damião / próximo ao Hotel Brisa / Bonito** com queixa de **queda de moto**, tendo sido enviada USB, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a para o Hospital **Dr. Alberto D'Oliveira**.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos: **Avaliação, imobilização e remoção**.

Bonito, 19 de Abril de 2018.

Camila Oliveira
ENFERMEIRA
Coordenadora SAMU
CORRÊA SOARES
Camila Oliveira
Enfermeira Coordenadora Base Bonito

COMPREF
COMPREM VIDA E PREVENÇÃO S/A

16 JAN 2020

PROTOCOLO
CORRÊA SOARES

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGreste – BASE Bonito
em 20/04/18

Ediane Jordão da Silva



SUS

PREFEITURA DE _____

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO



Médico Regulador		TARM			Operador de frota	
Data	Hora	ID	Nº ocorrência	Unidade móvel	Base da unidade	
25/02/18	16:29	0308	2	USB	Bonito	
Endereço da ocorrência						Nº
Bairro		Município				
Fru Domíos		Bonito				
Ponto de referência		ao lado do Priso Matel				
Nome da vítima		Alan Ulberton silva		Idade	Sexo	
Solicitante / Fone		Família		Cartão de saúde - SUS		
Queixa		Duda de Matos				
Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino	Chegada na base
16:29	16:30	16:33	16:45	16:47	16:50	16:58

 Transferência (senha): _____

Tipo de Agravo:

- Acidente Trânsito: _____
 Pedestre
 Condutor do veículo
 Passageiro do veículo
 Agressão
 Clínico
 Desabamento/Soterramento

- Eletrocussão
 FAB
 FAF
 Gineco-obstétrico
 Lesões térmicas
 Pediátrico
 Psiquiátrico
 Quase Afogamento

- Queda _____ Metro
 Queimadura
 Térmica
 Química
 Elétrica
 Outros: _____

Antecedente:

- AIDS
 Alcoolismo
 Alergia
 AVC
 Cirurgias Realizadas

- Convulsões
 Diabetes
 Doença Cardíaca
 Doença infecto contagiosa
 Doença Mental
 Doença Renal

- Drogadição
 Hipertensão Arterial
 Internamentos anteriores
 Medicamento: _____
 Problemas Respiratórios
 Outros: _____

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Queixas:
 Agitação/agressividade
 Alergia
 Ausência de pulso
 Cianose

- Convulsão
 Diarréia
 Dificuldade Respiratória
 Dor Local
 Febre
 Inconsciente/Desmaio

- Palidez
 Sangramento
 Vômito
 Outros: _____

Início dos Sintomas: Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mais de 4 horas Mais de 24 horas Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Inicio	140x70	60	18	36		98%	
Fim							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

- Livre
 Obstrução Parcial
 Total
 Corpo Estranho
 Bronco Aspiração
 Edema de Glote
 OBS

Respiração/Ventilação:

- Espontânea
 Parada Respiratória
 Assistida
 Ritmo Irregular

Ausculta:

- Normal
 Roncos/sibilos
 Esteriores
 Diminuição MV
 Ausência MV

Expansibilidade:

- Normal
 Superficial
 Regular
 Irregular

Achados: Crepitação Enfisema Subcutâneo Expectorado mucosa/purulenta Hemoptise Hálito Etílico Outros

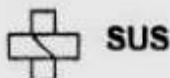
CIRCULAÇÃO:

- Pele: Cianose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros
Edema: Ausente Palpebral M Inferiores Anasarca
Perfusão: Normal Retardada Ausente
P脉: Regular Irregular Fino Cheio Ausente
Ausculta: Normal Hipofoneze Atrito pericárdio Arritmia Sopro
ECG: Normal Alterado Não realizado

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

16 JAN 2021

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



PREFEITURA DE _____
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 SAMU REGIONAL AGRESTE – REGISTRO DE ATENDIMENTO



Identificação	Médico Regulador		TARM		Operador de frota	
	Data	Hora	ID	Nº ocorrência	Unidade móvel	Base da unidade
	25/10/18	16:29	0308	2	USB	Bonito
	Endereço da ocorrência					Nº
	Bairro		Município			
	Frei Domingos		Bonito			
Ponto de referência		ao lado do Priso Matel				
Nome da vítima		Adon Merviton Silve			Idade	Sexo
Solicitante / Fone		Cartão de saúde - SUS				
Família						
Queixa		Queda de moto				
Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino	Chegada na base
16:24	16:30	16:33	16:45	16:47	16:52	16:55

Transferência (senha): _____

Tipo de Agravo:

- Acidente Trânsito: _____
- Pedestre
- Condutor do veículo
- Passageiro do veículo
- Agressão
- Clínico
- Desabamento/Soterramento

Eletrocussão

- FAB
- FAF
- Gineco-obstétrico
- Lesões térmicas
- Pediátrico
- Psiquiátrico
- Quase Afogamento

Queda _____ Metro

- Queimadura
- Térmica
- Química
- Elétrica
- Outros: _____

Antecedente:

- AIDS
- Alcoolismo
- Alergia
- AVC
- Cirurgias Realizadas

Convulsões

- Diabetes
- Doença Cardíaca
- Doença Infecto contagiosa
- Doença Mental
- Doença Renal

Drogadição

- Hipertensão Arterial
- Internamentos anteriores
- Medicamento: _____
- Problemas Respiratórios
- Outros: _____

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

- Agitação/agressividade
- Alergia
- Ausência de pulso
- Cianose

Convulsão

- Diaréia
- Dificuldade Respiratória
- Dor Local
- Febre
- Inconsciente/Desmaio

Palidez

- Sangramento
- Vômito
- Outros: _____

Inicio dos Sintomas: Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mais de 4 horas Mais de 24 horas Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PA	P脉	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Inicio	140x70	60	18	36		981	
Fim							

RESPIRAÇÃO:

- Via Aérea:
- Livre
- Obstrução Parcial
- Total
- Corpo Estranho
- Bronco Aspiração
- Edema de Glote
- OBS

Respiração/Ventilação:

- Espontânea
- Parada Respiratória
- Assistida
- Rítmo Irregular

Ausculta:

- Normal
- Roncos/sibilos
- Estertores
- Diminuição MV
- Ausência MV

Expansibilidade:

- Normal
- Superficial
- Regular
- Irregular

Achados: Crepitação Enfisema Subcutâneo Expectorado mucosa/purulenta Hemoptise Hálito Etílico Outros

CIRCULAÇÃO:

- Pele:** Cianose Fria Úmida Normal Palidez Quente Seca Outros
- Edema:** Ausente Palpebral M Inferiores Anasarca
- Perfusão:** Normal Retardada Ausente
- P脉:** Regular Irregular Fino Cheio Ausente
- Ausculta:** Normal Hipofones Atrito pericárdio Arritmia Sopro
- ECG:** Normal Alterado Não realizado

COMPROMISSO DE PREVENÇÃO S/A

16 JAN 2021

PROTOCOLO
00000000000000000000000000000000



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2019103364917

Escritório: BONITO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE
MARIA-SIMONE DA SILVA
R SAO JORGE, N. 00427 - LOT FREI DAMIAO - CENTRO BONITO PE 55680-000
INSCRIÇÃO: 023.810.355.0000.236

MATRÍCULA

00336491.7

10/2019-7

GRUPO: 7

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00336491.7

RESIDENCIAL ERESA, RESIDENCIAL

TIPO DE ÁGUA LIGADO	TIPO DE ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMO COMERCIAL	INDUSTRIAL	ESPECIAIS
RESIDENCIAL ALIFI26015	RESID. AUTOM.	30/09/2019	30/09/2019	30/10/2019	MÉDIA MÓ /
ÁGUA			ESGOTO		
LEIT. ANT.: 806	CONSUMO: 7		LEIT. ANT.:		
LEIT. ATUAL: 816	TAXA MÍNIMA		LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 816	ANORMALIDADE DE LEITURA		LEIT. FAT.:		
HISTÓRICO DE CONSUMO			NÚMEROS DE AMOSTRAS		
REFERÊNCIA/CONSUMO			EXIG. PELA PORT.	ANALISES	ATENDEM A
09/2019	7/	A	M3 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
08/2019	7/	A	43	46	45
07/2019	7/	A	43	46	44
06/2019	6/	A	43	46	46
05/2019	6/	A	43	46	46
04/2019	10/	A			
MÉDIA	7/	0			
OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS: AUSENCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS CDR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.					

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

7 M3

44,08

COMPESA
COMPREENDENDO A PREMIERIA S/A

16 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

TIPO DE CONSUMO	VALOR UNITÁRIO	VALOR DO CONSUMO
PIS	44,08	1,68
COFINS	44,08	7,60

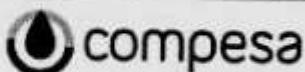
VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR

44,08

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 07/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR

44,08

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82830000000-7 44080018023-7 00336491701-0 10201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2
CNPJ: 09.769.035/0001-64
Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 2019103364917

Escritório: BONITO

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE
MARIA-SIMONE DA SILVA
R SAO JORGE, N. 00427 - LOT FREI DAMIAO - CENTRO BONITO PE 55680-000
INSCRIÇÃO: 023.810.355.0000.236

MATRÍCULA

00336491.7

10/2019-7

GRUPO: 7

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 00336491.7

RESIDENCIAL ERESA, RESIDENCIAL

TIPO DE ÁGUA LIGADO	TIPO DE ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE CONSUMO COMERCIAL	INDUSTRIAL	ESPECIAIS
RESIDENCIAL ALIFI26015	RESID. AUTOM.	30/09/2019	30/09/2019	30/10/2019	MÉDIA MÓ /
ÁGUA			ESGOTO		
LEIT. ANT.: 806	CONSUMO: 7		LEIT. ANT.:		
LEIT. ATUAL: 816	TAXA MÍNIMA		LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT.: 816	ANORMALIDADE DE LEITURA		LEIT. FAT.:		
HISTÓRICO DE CONSUMO			NÚMEROS DE AMOSTRAS		
REFERÊNCIA/CONSUMO			EXIG. PELA PORT.	ANALISES	ATENDEM A
09/2019	7/	A	M3 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO
08/2019	7/	A	43	46	45
07/2019	7/	A	43	46	44
06/2019	6/	A	43	46	46
05/2019	6/	A	43	46	46
04/2019	10/	A	43	46	46
MÉDIA	7/	6	43	46	46
OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS: AUSENCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS CDR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.					

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE
CONSUMO DE ÁGUA

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

7 M3

44,08

COMPESA
COMPREENDENDO A PREFERÊNCIA S/A

16 JAN 2020

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

TIPO DE CONSUMO	VALOR P/ UNIDADE	VALOR DO CONSUMO
PIS	44,08	1,68
COFINS	44,08	7,60

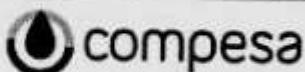
VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR

44,08

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 07/11/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195
VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe Agência de Regulação
de Pernambuco

0800-2813844

VENCIMENTO: 15/11/2019

TOTAL A PAGAR

44,08

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82830000000-7 44080018023-7 00336491701-0 10201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA