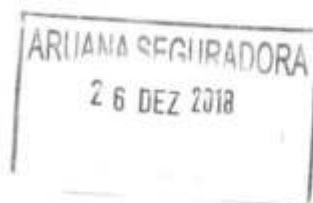


Eu Osmael Peixoto Rodrigues, venho  
pedir a Seguradora Líder DPVAT, uma  
nova oportunidade de ter direito a  
meu Seguro DPVAT, pelo um novo  
cadastro para que assim possa ser  
analisada a minha situação, pois  
com fratura de clavícula não posso  
nem trabalhar.

Agradeço a compreensão

CPF 306.655.394 - 79



Ass 0425641/18

**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA Osmar Peinto Rodrigues  
 DATA DO ACIDENTE 28/09/2018 CPF DA VÍTIMA 104.655.394-79  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SERGIO FRANCISCO A. SAMPAIO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCLIDES BEZERRA LINS  
 Nº 100 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO CENTRO  
 CIDADE OURICURI UF PE CEP 562000-000  
 E-MAIL sergiofasamapio@hotmail.com TELEFONE (87) 9980-5451  
99998-3998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AVALIAÇÃO DEFINITIVA
- ☒ BOLETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEMPENHO DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORÇAMENTOS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 5.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.730,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PRÉDIO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 032 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NA SEGURODORA

DATA

NOME

ASSINATURA



Eu Osmael Peixoto Rodrigues, venho  
informar a Seguradora Líder DEVAT que  
não é possível eu resolver essa pendência  
documental do meu processo 3180/611112  
uma vez que o Raio "x" que foi feito  
pelo hospital não ficou comigo, é norma  
de lá os "Raio x" ficam no arquivo de lá  
e também não enviei laudo o médico  
olha e já dá o diagnóstico só no boletim  
de atendimento. Já enviei os documentos  
médicos que tenho.

Pelo que não me prejudiquem por isso  
fratura a clavícula e tenho requisições  
que só o médico fazendo perícia poderá  
comprovar.

Telefone do Hospital Regional de Ouricuri para  
qualquer esclarecimento é 3874-4844

Agradeço a compreensão.



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSMAR PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA OMBRO(CLAVÍCULA) DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CALO PALPÁVEL E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E EXTENSÃO.

**Resultados terapêuticos:** COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO FEITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** COM RX

## 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 dos ombros	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:** 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA OMBRO(CLAVÍCULA) DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CALO PALPÁVEL E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E EXTENSÃO.

**Resultados terapêuticos:** COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO FEITO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO OMBRO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 25/04/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:** COM RX

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 dos ombros	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:** 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @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.

## 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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 28/01/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:  
RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;  
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIOS X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;  
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.  
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

## DANOS

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

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3180611112 **Cidade:** Granito **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES **Data do acidente:** 28/09/2018 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 12/04/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** 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.

## 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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:


Nome: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 2817364380-6 CPF: 106.655.394-79  
Endereço: Rua Nova 20A

### OUTORGADO:


Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SANPAIO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: DIRETOR GERAL  
Identidade: 4047038 CPF: 007.662.344-01  
Endereço: RUA EUCLIDES BEZERRA LINS Nº 100

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: Granito 03/10/2018

  
X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE  
Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA  
Telefone: (87) 3680-1273  
  
Reconheço a Firma por Autenticidade de OSMAEL PEIXOTO  
RODRIGUES, Dou Fé, Granito-PE - X EDVALDO RICARDO  
CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELIOMAR CARDOSO  
BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Selo: 0077529.PDY09201801.00990 03/10/2018 08:13:48  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

Edvaldo Ricardo C. Bezerra  
TABELIÃO

ARUANA SEGURADORA  
23 NOV 2018

## PROCURAÇÃO PARTICULAR

### OUTORGANTE:


Nome: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: Solteiro  
Profissão: Agricultor  
Identidade: 2817364380-6 CPF: 106.655.394-79  
Endereço: Rua Nova 20A

### OUTORGADO:


Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SANPAIO  
Nacionalidade: BRASILEIRO Est. Civil: CASADO  
Profissão: DIRETOR GERAL  
Identidade: 4047038 CPF: 007.662.344-01  
Endereço: RUA EUCLIDES BEZERRA LINS Nº 100

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER**, referente ao **Seguro Obrigatório - DPVAT**

Local e Data: Granito 03/10/2018

  
X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

ASSINATURA DO OUTORGANTE  
(RECONHECIDA FIRMA POR AUTENTICIDADE)

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE  
Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA  
Telefone: (87) 3680-1273  
  
Reconheço a Firma por Autenticidade de OSMAEL PEIXOTO  
RODRIGUES, Dou Fé, Granito-PE - X EDVALDO RICARDO  
CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELIOMAR CARDOSO  
BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Selo: 0077529.PDY09201801.00990 03/10/2018 08:13:48  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

Edvaldo Ricardo C. Bezerra  
TABELIÃO

ARUANA SEGURADORA  
23 NOV 2018

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463431/18

**Número do Sinistro:** 3180611112

**Vítima:** OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

**CPF:** 106.655.394-79

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 28/09/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** OSMAEL PEIXOTO  
RODRIGUES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://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: 09/04/2019  
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO  
CPF: 007.662.344-01

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/04/2019  
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA  
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463431/18

**Vítima:** OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

**CPF:** 106.655.394-79

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 28/09/2018

**Titular do CPF:** OSMAEL PEIXOTO  
RODRIGUES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

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

### OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES : 106.655.394-79

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](http://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: 26/12/2018  
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO  
CPF: 007.662.344-01

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/12/2018  
Nome: NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA  
CPF: 109.530.024-54

NATHALIA GABRIELA FERREIRA DE SOUZA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0425641/18

**Vítima:** OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

**CPF:** 106.655.394-79

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 28/09/2018

**Titular do CPF:** OSMAR PEIXOTO  
RODRIGUES

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

### SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01

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

### OSMAR PEIXOTO RODRIGUES : 106.655.394-79

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](http://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: 23/11/2018  
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO  
CPF: 007.662.344-01

SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/11/2018  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

ABENILDA MARIA BARBOSA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0463431/18

**Número do Sinistro:** 3180611112

**Vítima:** OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

**CPF:** 106.655.394-79

**Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 28/09/2018

**Titular do CPF:** OSMAEL PEIXOTO  
RODRIGUES

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência

**SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO : 007.662.344-01**

Documentos de identificação

## 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](http://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: 18/01/2019  
Nome: SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO  
CPF: 007.662.344-01

\_\_\_\_\_  
SERGIO FRANCISCO ANDRADE SAMPAIO

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019  
Nome: ABENILDA MARIA BARBOSA  
CPF: 028.384.474-40

\_\_\_\_\_  
ABENILDA MARIA BARBOSA

Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Nº Sinistro: 3180553512

Vítima: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

Data do Acidente: 28/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180553512**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13648480



Rio de Janeiro, 29 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**  
Nº do Pedido do Seguro DPVAT: **3180553512**  
Vítima: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**  
Data do Acidente: **28/09/2018**  
Cobertura: **INVALIDEZ**

**Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO**

**Senhor(a),**

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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.

**Atenciosamente,**

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você.





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 106.655.394-75 Nome completo da vítima: Osmar Peixoto Rodrigues

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

Nome completo: Osmar Peixoto Rodrigues CEP: 56.655.394-79

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Nova Número: 20A Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 81 99998-3998

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 055.496 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário: \_\_\_\_\_

Local e Data: Ouro Preto 03/11/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



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

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 106.655.394-75 Nome completo da vítima: Osmar Peixoto Rodrigues

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

Nome completo: Osmar Peixoto Rodrigues CEP: 56.655.394-79

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Nova Número: 20A Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 81 99998-3998

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 055.496 5

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

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

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário: \_\_\_\_\_

Local e Data: Ouro Preto 03/11/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



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

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

**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: 3180611112  
Nome do(a) Examinado(a): Osmael Peixoto Rodrigues  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Nova, 20 A  
Centrogranito Trindade PE CEP: 56160-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / CE ] 2017164380-6  
Data local do acidente: [ 28/09/2018 ]  
Data local do exame: [ 25/04/2019 ] Juazeiro do Norte [ CE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA OMBRO(CLAVÍCULA) DIREITO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: FRATURA TRATADA CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO TIPO TIPOIA**  
**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.**  
**Data da Alta: 19/12/2018**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CALO PALPÁVEL E PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E EXTENSÃO.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**PERDA FUNCIONAL RELACIONADO AOS MOVIMENTOS DE ABDUÇÃO E EXTENSÃO DO OMBRO DIREITO.**  
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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>OMBRO - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|---|
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.  
**com rx**

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

  
Dr. Jorge Coelho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 3551



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ªCIRC  
DINTER2/24ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0299000245**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **16:40**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, PE GIVALDO SAMPAIO** - Bairro: **JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (OUTRO)  
OSMAR PEREIRA RODRIGUES (TESTEMUNHA)  
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (VÍTIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

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

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES** Pai: **OSMAR PEREIRA RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/5/1983** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **20171643806/SSP/CE (RG), 10665539479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991310711**

Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA IRAN GRANGEIRO XAVIER - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

**OSMAR PEREIRA RODRIGUES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, AV JOSE SARAIVA XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SAÍDA DE MOREILANDIA**

**PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07201734423 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE GRANITO, 1, RUA VEREADOR LUIZ ALEXANDRE DE SOUZA - CEP: 0 -**

Bairro: **JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA POPULAR DE GRANITO PE**

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

**QUEDA DE MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NGY2802** (GOIAS/SANTA HELENA DE GOIAS) Renavam: **912717149** Chassi: **9C2KC08607R011837**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/BNV**

Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO NO MOMENTO DO ACIDENTE É EM NOME DO SR. PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**

**Complemento / Observação**

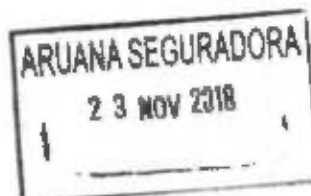
**COMPARECEU A ESTA DEPÓS. HOJE, DIA 09 DE OUTUBRO DE 2018, COMUNICANDO E DECLARANDO SOB A FORMA E PENAS DA LEI, QUE NO DIA 28/09/2018, NA PARTE DA MANHÃ, QUANDO VINHA PILOTANDO UMA MOTO NA PE GIVALDO SAMPAIO, NO SENTIDO TIMORANTE MUNICÍPIO DE EXU DESTINO A CIDADE DE GRANITO, QUE, ANTES DE CHEGAR NA CURVA FECHADA PRÓXIMO AO DISTRITO DE RANCHARIA, PERDEU O CONTROLE DA DEVIDA MOTO E CAIU SOBRE A PISTA, SENDO JOGADO PARA O ACOSTAMENTO, QUE, NÃO LEMBRA MAIS DE NADA, APENAS SABE QUE FOI SOCORRIDO POR CHICO DE ONOFRE PARA O HOSPITAL DE GRANITO, QUE RESIDE EM RANCHARIA, MUNICÍPIO DE GRANITO-PE, QUE, FOI ATENDIDO PELO DR. ULISSES, QUE, EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO SEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. TICIANO DANTAS SAMPAIO MÉDICO DE PLANTÃO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE, QUE, CONFORME O LAUDO MÉDICO A VÍTIMA SOFREU: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO, RX COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.**

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

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**  
**(VÍTIMA)**

X **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ªCIRC  
DINTER2/24ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0299000245**

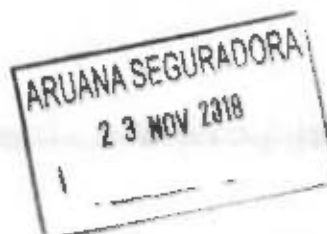
Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **16:40**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, PE GIVALDO SAMPAIO** - Bairro: **JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (OUTRO)  
OSMAR PEREIRA RODRIGUES (TESTEMUNHA)  
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (VÍTIMA)



**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

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

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES** Pai: **OSMAR PEREIRA RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/5/1983** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **20171643806/SSP/CE (RG), 10665539479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991310711**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, RUA IRAN GRANGEIRO XAVIER - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

**OSMAR PEREIRA RODRIGUES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, AV JOSE SARAIVA XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SAÍDA DE MOREILANDIA**

**PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07201734423 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, RUA VEREADOR LUIZ ALEXANDRE DE SOUZA - CEP: 0 -**

Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA POPULAR DE GRANITO PE

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

**QUEDA DE MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NGY2802** (GOIAS/SANTA HELENA DE GOIAS) Renavam: **912717149** Chassi: **9C2KC08607R011837**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/BNV**

Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO NO MOMENTO DO ACIDENTE É EM NOME DO SR. PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**

Complemento / Observação

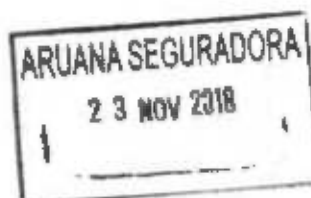
COMPARECEU A ESTA DEPÓS. HOJE, DIA 09 DE OUTUBRO DE 2018, COMUNICANDO E DECLARANDO SOB A FORMA E PENAS DA LEI, QUE NO DIA 28/09/2018, NA PARTE DA MANHÃ, QUANDO VINHA PILOTANDO UMA MOTO NA PE GIVALDO SAMPAIO, NO SENTIDO TIMORANTE MUNICÍPIO DE EXU DESTINO A CIDADE DE GRANITO, QUE, ANTES DE CHEGAR NA CURVA FECHADA PRÓXIMO AO DISTRITO DE RANCHARIA, PERDEU O CONTROLE DA DEVIDA MOTO E CAIU SOBRE A PISTA, SENDO JOGADO PARA O ACOSTAMENTO, QUE, NÃO LEMBRA MAIS DE NADA, APENAS SABE QUE FOI SOCORRIDO POR CHICO DE ONOFRE PARA O HOSPITAL DE GRANITO, QUE RESIDE EM RANCHARIA, MUNICÍPIO DE GRANITO-PE, QUE, FOI ATENDIDO PELO DR. ULISSES, QUE, EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO SEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. TICIANO DANTAS SAMPAIO MÉDICO DE PLANTÃO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE, QUE, CONFORME O LAUDO MÉDICO A VÍTIMA SOFREU: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO, RX COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.

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

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**  
(VÍTIMA)

X **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 209ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRANITO - DP209ªCIRC  
DINTER2/24ªDESEC



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E0299000245**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/10/2018** às **16:40**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **28/9/2018** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, PE GIVALDO SAMPAIO** - Bairro: **JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

**NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)**  
**PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (OUTRO)**  
**OSMAR PEREIRA RODRIGUES (TESTEMUNHA)**  
**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (VÍTIMA)**



**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

**VEICULO:** (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

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

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES** Pai: **OSMAR PEREIRA RODRIGUES** Data de Nascimento: **8/5/1983** Naturalidade: **GRANITO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **20171843806/SSP/CE (RG), 10665538479 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 87991310711**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, RUA IRAN GRANGEIRO XAVIER - CEP: 0 - Bairro: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

**OSMAR PEREIRA RODRIGUES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, AV JOSE SARAIVA XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, SAÍDA DE MOREILANDIA**

**PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **07201734423 (CPF)** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRANITO, 1, RUA VEREADOR LUIZ ALEXANDRE DE SOUZA - CEP: 0 -**



**Local: JARDIM NOVO GRANITO - GRANITO/PERNAMBUCO/BRASIL, VILA POPULAR DE GRANITO PE**

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

**QUEDA DE MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **NGY2802** (GOIAS/SANTA HELENA DE GOIAS) Renavam: **912717149** Chassi: **9C2KC08607R011837**  
Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOL/ENV**

Descrição: **CONFORME A VÍTIMA A MOTOCICLETA QUE ESTAVA PILOTANDO NO MOMENTO DO ACIDENTE É EM NOME DO SR. PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA**

**Complemento / Observação**

**COMPARECEU A ESTA DEPOL HOJE, DIA 09 DE OUTUBRO DE 2018, COMUNICANDO E DECLARANDO SOB A FORMA E PENAS DA LEI, QUE NO DIA 28/09/2018, NA PARTE DA MANHÃ, QUANDO VINHA PILOTANDO UMA MOTO NA PE GIVALDO SAMPAIO, NO SENTIDO TIMORANTE MUNICÍPIO DE EXU DESTINO A CIDADE DE GRANITO, QUE, ANTES DE CHEGAR NA CURVA FECHADA PRÓXIMO AO DISTRITO DE RANCHARIA, PERDEU O CONTROLE DA DEVIDA MOTO E CAIU SOBRE A PISTA, SENDO JOGADO PARA O ACOSTAMENTO, QUE, NÃO LEMBRA MAIS DE NADA, APENAS SABE QUE FOI SOCORRIDO POR CHICO DE ONOFRE PARA O HOSPITAL DE GRANITO, QUE RESIDE EM RANCHARIA, MUNICÍPIO DE GRANITO-PE, QUE, FOI ATENDIDO PELO DR. ULISSES, QUE, EM SEGUIDA A VÍTIMA FOI ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA COELHO, ONDE FOI ATENDIDO PELO DR. TÍCIANO DANTAS SAMPAIO MÉDICO DE PLANTÃO NAQUELA UNIDADE DE SAÚDE, QUE, CONFORME O LAUDO MÉDICO A VÍTIMA SOFREU: DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIREITO, RX COM FRATURA DE CLAVÍCULA DIREITA. ERA O QUE TINHA A REGISTRAR.**

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

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**  
**(VITIMA)**

**X OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

B.O. registrado por: **AVELINO FERNANDES** - Matrícula: **1597400**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 106.655.394-75 Nome completo da vítima: Osmar Peixoto Rodrigues

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

Nome completo: Osmar Peixoto Rodrigues CEP: 56.655.394-79

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Nova Número: 20A Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 81 99998-3998

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 055.496 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário: \_\_\_\_\_

Local e Data: Ouro Preto 03/11/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



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

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 106.655.394-75 Nome completo da vítima: Osmar Peixoto Rodrigues

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

Nome completo: Osmar Peixoto Rodrigues CEP: 56.655.394-79

Profissão: Agricultor Endereço: Rua Nova Número: 20A Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Centro Cidade: Granito Estado: PE CEP: 56.160-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel (DDD): 81 99998-3998

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

**RENDA MENSAL:**

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

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

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

AGÊNCIA: 2130 CONTA: 055.496 5

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (ou nascido)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário: \_\_\_\_\_

Local e Data: Ouro Preto 03/11/2018

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

X OSMAR PEIXOTO RODRIGUES

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

2ª Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



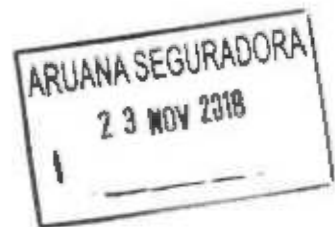
(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento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

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

Data: 28.09.2018	Hora: 11:30h	PSF: J	CSOS 704705712455634		
Nome: Daniel Peixoto Rodrigues			Sexo: M	Idade: 35	DN: 08/05/1983
Filiação: Maria Luiza Peixoto Rodrigues					
Endereço: Rua João Gonçalves Sobrinho					
Profissional:			Cidade: Granito	Telefone:	
Responsável:					

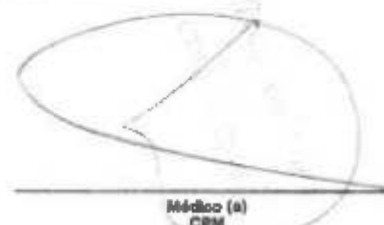
**EXAME CLÍNICO**

PA:	Temp:	Peso:	Conduta (continuação):
100/80mmHg			<p>1. SG 5.0, 12.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>2. Conduta: 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>3. 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p>
<p><b>OPDRDA</b></p> <p>1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>2. 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>3. 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p>			
<p><b>Exame Físico</b></p> <p>1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>2. 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>3. 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p>			
<p><b>História Clínica</b></p> <p>1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>2. 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>3. 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p>			
<p><b>Conduta:</b></p> <p>1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>2. 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>3. 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p>			<p>Residência ( ) Ambulatório ( ) Observação ( ) Internam</p> <p>Transferência: 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>Óbitos: 1.0, 1.0, 1.0 em 10 pontos</p> <p>Médico (a) CRM</p> <p>Assinatura:</p> <p>( Paciente ou Responsável )</p>



Data: 28.09.2018	Hora: 11:30h	PSF: J	CSOs 704705712455634		
Nome: Daniel Peixoto Rodrigues			Sexo: M	Idade: 35	DN: 08/05/1983
Filiação: Jurema Luiza Peixoto Rodrigues					
Endereço: Rua João Gonçalves Sobrinho					
Profissional:			Cidade: Granito	Telefone:	
Responsável:					

**EXAME CLÍNICO**

PA:	Temp:	Peso:	Conduta (continuação):
100/80mmHg			<p>1. SG 50% T2. J. em 10 dias</p> <p>2. Conduta: B. 10 dias - 1 mês.</p> <p>3. D.P. P. 10 dias - 1 mês.</p>
<p><b>OPDRDA</b></p> <p>paciente Visitado de Agravos</p> <p>com notificação: Refer</p> <p>sentença D.O. e V.O.</p> <p>Processo n. 123.456.789</p> <p>em 10/09/2018.</p>			
<p><b>Exame Físico</b></p> <p>SG: 50% T2. J. em 10 dias</p>			
<p><b>História Clínica</b></p> <p>1. História Clínica</p> <p>2. História Clínica</p>			
<p><b>Conduta:</b></p>			<p>( ) Residência ( ) Ambulatório ( ) Observação ( ) Internam</p> <p>( ) Transferência: 10 dias (ambulatorio)</p> <p>( ) Outros:</p>
<p><b>Assinatura:</b></p>			<p></p> <p>Médico (a) CRM</p>
<p>( Paciente ou Responsável )</p>			



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 02/05/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 000000055496-5

---

Nr. da Autenticação B1323B09D97E9686



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 20/04/02

NOTA FISCAL - PAGO - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, 5º andar, Recife, Pernambuco - CEP 52001-902  
CNPJ 10.834.915/0001-07, Insc. Est. 06760443-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
MARIA LUCILIANA DE SOUZA RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA N.º 20 A

121 514-RS-16 1640935234

CENTRO COMERCIAL  
GRANITE QUE  
56163-010

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COMISS  
Manifestação

4005917420 06/2018

DATA DE VENCIMENTO 13/07/2018

Nº DE IDENTIFICAÇÃO 3204144

APRESENTAÇÃO 14/03/2018

TOTAL A PAGAR 69,92

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
Consumo Ativo de 100 kWh	0,24 081155	23,98
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,47588554	23,98
Consumo Ativo superior a 100 até 720 kWh	0,04257521	07,96
Autoprodução Bandeira AMARELA		1,73
Autoprodução Bandeira VERMELHA		1,46
Contribuição para o Fim Social		7,13
ICMS Subvers. 20%		3,58
Multa por atraso NF 0,1370025 - 130418		1,21
Juros por atraso NF 0,1370025 - 130418		0,25
Atualização NF 0,1370025 - 130418		00

TOTAL DA FAIXA

69,92

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Tarifa	Anterior	Atual	Consumo (kWh)
3204144	100	15.000,00	15.000,00	15.000,00

Informações de Consumo	Informações de Tributos	Informações de Tarifas
Consumo Ativo de 100 kWh	ICMS 20%	Consumo Ativo de 100 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	PIS 0,75%	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 720 kWh	COFINS 3,00%	Consumo Ativo superior a 100 até 720 kWh

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter o valor de pagamento, consulte o valor de consumo e o valor de tarifa. O valor de consumo é o valor de energia consumida e o valor de tarifa é o valor de energia consumida multiplicado pelo valor de tarifa. O valor de consumo é o valor de energia consumida e o valor de tarifa é o valor de energia consumida multiplicado pelo valor de tarifa.

#### ATENÇÃO: CELPE INFORMA QUE VOCE POSSUI CONTAS EM ATRASO

Valor	Data de Vencimento	Valor	Valor	Valor	Valor
2345,18	14/05/18	66,01			

Se você não pagar o valor devido, a CELPE poderá cortar o fornecimento de energia elétrica em sua residência. Para evitar isso, pague o valor devido antes do prazo de vencimento.

Informações de Consumo	Informações de Tributos	Informações de Tarifas
Consumo Ativo de 100 kWh	ICMS 20%	Consumo Ativo de 100 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	PIS 0,75%	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 720 kWh	COFINS 3,00%	Consumo Ativo superior a 100 até 720 kWh

#### NÍVEL DE TENSÃO

Tensão Nominal (V)	Limite de Variação (%)
220	±2%

ARUANA SEGURADOR  
23 NOV 2018



CNPJ 08.789.035/0001-84  
INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA FERNANDO BEZERRA - MUN. - 00696 - CENTR  
O OURICURI PE 56200-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 16730510 Jul/2018  
JOSE FERREIRA CAVALCANTI  
R EUCLIDES BEZERRA LINS, COMPESA 00100 - - CENTRO OURICURI PE  
56200-000  
INSCRIÇÃO: 099.190.415.0160.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 016780510

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1		
HIDRÔMETRO Y07N228553	DATA LEIT. ANTERIOR 25/06/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/08/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MÉDIA HD	

ÁGUA:

LEIT ANT: 391 CONSUMO: 2  
LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M  
LEIT FAT: 401

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

06/2018 02  
05/2018 02  
04/2018 02  
03/2018 02  
02/2018 01  
01/2018 02  
MÉDIA: 02

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	54	54	35
COR APARENTE	54	54	36
CORO RESIDUAL	54	54	54
COLIF. TOTAIS	54	54	54
E. COLI	54	54	54

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2018		0,82

MS	41,30	1,65	0,68
COPRE	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2018

TOTAL A PAGAR: 42,12

MENSAGEM:







Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 20/04/02

NOTA FISCAL - PAGO - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, 5º andar, Recife, Pernambuco - CEP 52001-902  
CNPJ 10.834.915/0001-07, Insc. Est. 06760443-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE  
MARIA LUCILIANA DE ADOIR RODRIGUES

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA N.º 20 A

121 514-RS-16 1640935234

CENTRO COMERCIAL  
GRANITE QUE  
56163-010

CLASSIFICAÇÃO  
B1 RESIDENCIAL  
BAIXA RENDA COMISS  
Manifestação

4005917420 06/2018

DATA DE VENCIMENTO 13/07/2018

Nº DE IDENTIFICAÇÃO 3204144

APRESENTAÇÃO 14/03/2018

TOTAL LÍQUIDO 69,92

#### DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Quantidade	Valor Unit.	Valor Total
Consumo Ativo de 100 kWh	0,24 081155	23,98
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,47588554	23,98
Consumo Ativo superior a 100 até 720 kWh	0,04257521	07,96
Autoprodução Bandeira AMARELA		1,73
Autoprodução Bandeira VERMELHA		1,44
Contribuição para o Fim Social		7,13
ICMS Subvers. 20%		3,58
Multa por atraso NF 0,1370025 - 130418		1,21
Juros por atraso NF 0,1370025 - 130418		0,25
Atualização NF 0,1370025 - 130418		00

TOTAL DA FAIXA

69,92

#### DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	Tipo da Tarifa	Anterior	Atual	Variação	Consumo (kWh)
3204144	100	15.000,00	15.000,00	0,00	100,00

Informações de Consumo	Informações de Tributos	Informações de Tarifas
Consumo Ativo de 100 kWh	ICMS 20%	Consumo Ativo de 100 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	PIS 0,75%	Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 720 kWh	COFINS 3,00%	Consumo Ativo superior a 100 até 720 kWh

#### INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter o valor de pagamento, consulte o valor de consumo e o valor da tarifa. O valor de consumo é o valor de energia consumida, em kWh, e o valor da tarifa é o valor de energia consumida, em kWh, multiplicado pelo valor da tarifa. O valor de pagamento é o valor de consumo, em kWh, multiplicado pelo valor da tarifa, em kWh.

#### ATENÇÃO: A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ATRASO

Valor	Data de Vencimento	Valor	Valor	Valor	Valor
2345,18	14/05/18	66,01			

Se você não pagar o valor devido, a CELPE poderá tomar medidas para garantir o pagamento. Isso pode incluir a suspensão do fornecimento de energia elétrica, a inclusão do nome em dívida ativa e a cobrança de juros e multa.

Descrição	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
Consumo Ativo de 100 kWh	0,24 081155	23,98			
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,47588554	23,98			
Consumo Ativo superior a 100 até 720 kWh	0,04257521	07,96			

Valor de Energia Consumida

Valor de Energia Consumida

Valor de Energia Consumida

ARUANA SEGURADOR  
23 NOV 2018



CNPJ 08.789.035/0001-84  
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA FERNANDO BEZERRA - MUN. - 00696 - CENTR  
O OURICURI PE 56200-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 16730510 Jul/2018  
JOSE FERREIRA CAVALCANTI  
R EUCLIDES BEZERRA LINS, COMPESA 00100 - - CENTRO OURICURI PE  
56200-000  
INSCRIÇÃO: 099.190.415.0160.000 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 016780510

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
		1			
HIDRÔMETRO Y07N228553	DATA LEIT. ANTERIOR 25/06/2018	DATA LEIT. ATUAL 06/08/2018	TIPO DE CONSUMO (A/E) MEDIA HD		

ÁGUA:

LEIT ANT: 391 CONSUMO: 2  
LEIT ATU: RECORRENCIA TAXA M  
LEIT FAT: 401

HISTÓRICO DE CONSUMO  
REFERENCIA CONSUMO

06/2018 02  
05/2018 02  
04/2018 02  
03/2018 02  
02/2018 01  
01/2018 02  
MEDIA: 02

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEN A LEGIS
TURBIDEZ	54	54	35
COR APARENTE	54	54	36
CORO RESIDUAL	54	54	54
COLIF. TOTAIS	54	54	54
E. COLI	54	54	54

Qualidade de Água: [www.compesa.com.br](http://www.compesa.com.br)

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS  
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO  
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA  
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES  
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
CONSUMO DE ÁGUA	2 M3	41,30
MULTA P/IMPONTUALIDADE 06/2018		0,82

MS	41,30	1,65	0,68
COPRE	41,30	7,60	3,14

VENCIMENTO: 20/08/2018

TOTAL A PAGAR: 42,12

MENSAGEM:



**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Sergio F. A. Sampaio inscrito (a) no CPF/CNPJ 007.662.344/01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Osmael Peixoto Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/79 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Osmael Peixoto Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/79 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Diretor Geral Renda: 1279,15 e apresento os documentos comprobatórios:

contra cheque

☐ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Buclides Bezerra Lins</u>		Número <u>100</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ousiensi</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56200-000</u>
Email <u>SergioFasampaio@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 99980-5451</u>	Telefone celular (DDD) <u>(87) 9.9998-3998</u>

Ousiensi 08 de NOVEMBRO 2018

Local e Data

Sergio F. A. Sampaio  
Assinatura do Declarante



C F C DE VEIC AUT DO SERTAO DO ARARIPE LTDA ME  
 RUA EUCLIDES BEZERRA LINS. 80

Demonstrativo de Pagamento de Salário

Data de Admissão 01/03/2010

01/07/2010 a 31/07/2010

GERAL


07.000.210/0001-74

Código Nome do Funcionário

CBO Emp Local Depto

000005 SERGIO FRANCISCO ANDRADE SANPAIO

DIRETOR GERAL

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salário Base	220,00	1.318,64	
460	Vale Alimentação		66,00	
903	INSS Folha			105,49
Férias Vencidas			Total de Vencimentos 1.384,64	Total de Descontos 105,49
			Valor Líquido 	1.279,15
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Saldo Calc. INSS
1.318,64	1.318,64	1.318,64	105,49	833,97

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO



ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

DATA

ARUANA SEGURODORA  
 23 NOV 2010

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 COAF<sup>2</sup>**.

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Sergio F. A. Sampaio inscrito (a) no CPF/CNPJ 007.662.344/01 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Osmael Peixoto Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/79 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Osmael Peixoto Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 106.655.394/79 conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☒ Declaro Profissão: Diretor Geral Renda: 1279,15 e apresento os documentos comprobatórios:

contra cheque

☐ Recuso informar

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

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

Endereço <u>Buclides Bezerra lims</u>		Número <u>100</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Ousiensi</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56200-000</u>
Email <u>SergioFasampaio@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(87) 99980-5451</u>	Telefone celular (DDD) <u>(87) 9.9998-3998</u>

Ousiensi 08 de NOVEMBRO 2018

Local e Data

Sergio F. A. Sampaio  
Assinatura do Declarante



C F C DE VEIC AUT DO SERTAO DO ARARIPE LTDA ME  
 RUA EUCLIDES BEZERRA LINS. 80

Demonstrativo de Pagamento de Salário

Data de Admissão 01/03/2010

01/07/2018 a 31/07/2018

GERAL


07.000.210/0001-74

Código Nome do Funcionário

CBO Emp Local Depto

000005 SERGIO FRANCISCO ANDRADE SANPAIO

DIRETOR GERAL

Cód	Descrição	Referência	Vencimentos	Descontos
001	Salário Base	220,00	1.318,64	
460	Vale Alimentação		66,00	
903	INSS Folha			105,49
Férias Vencidas			Total de Vencimentos 1.384,64	Total de Descontos 105,49
			Valor Líquido 	1.279,15
Salário Base	Sal. Contr. INSS	Base Calc. FGTS	FGTS do Mês	Saldo Calc. INSS
1.318,64	1.318,64	1.318,64	105,49	833,97

DECLARO TER RECEBIDO A IMPORTÂNCIA LÍQUIDA DISCRIMINADA NESTE RECIBO



ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO

DATA

ARUANA SEGURODORA  
 23 NOV 2018

# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Fernandes de Oliveira,

RG nº 9.357.707, data de expedição 30/11/11

Órgão SDS PE, portador do CPF nº 072.017.344-23 com

domicílio na cidade de Granito, no Estado de

PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Baixinho, nº 5N2,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Osmar Peixoto Rodrigues cujo o condutor era

Osmar Peixoto Rodrigues.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 150 Sport

Ano: 2007

Placa: N6V 2602

Chassi: 9C2KCOPE607R011837

Data do Acidente: 28/09/2018

Local e Data: Oliveira 09/10/2018

Paulo Fernandes de Oliveira

Assinatura do Declarante

\_\_\_\_\_

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

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE

Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA

Telefone: (87) 3660-1273

Reconheço a Firma por Autenticidade de PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA. Dou Fé. Granito-PE - X EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELIOMAR CARDOSO BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Selo: 0077529.JXB09201801.01032 09/10/2018 10:01:30  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

Edvaldo Ricardo C. Bezerra  
TABELIÃO

ARUANA SEGURODORA  
23 NOV 2018



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Paulo Fernandes de Oliveira,

RG nº 9.357.707, data de expedição 30/11/11

Órgão SDS PE, portador do CPF nº 072.017.344-23 com

domicílio na cidade de Granito, no Estado de

PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Sítio Baixinho, nº 5N2,

complemento \_\_\_\_\_, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima Osmar Peixoto Rodrigues cujo o condutor era

Osmar Peixoto Rodrigues.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda CG 150 Sport

Ano: 2007

Placa: NSV 2602

Chassi: 9C2KCOPE607R011837

Data do Acidente: 28/09/2018

Local e Data: Oliveira 09/10/2018

Paulo Fernandes de Oliveira

Assinatura do Declarante

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

SERVIÇO DO REGISTRO CIVIL E TABELIONATO DE GRANITO-PE

Titular: EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA

Telefone: (87) 3660-1273

Reconheço a Firma por Autenticidade de PAULO FERNANDES DE OLIVEIRA. Dou Fé. Granito-PE - X EDVALDO RICARDO CARDOSO BEZERRA - Tabelião MARIA ELIOMAR CARDOSO BEZERRA DOS ANJOS - Esc. Sub.

Selo: 0077529.JXB09201801.01032 09/10/2018 10:01:30  
Consulte autenticidade em [www.tjpe.jus.br/selodigital](http://www.tjpe.jus.br/selodigital)

Edvaldo Ricardo C. Bezerra  
TABELIÃO

ARUANA SEGURODORA  
23 NOV 2018





SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE  
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO  
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Pront.: 71831

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/06/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

## BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Amarelo

### ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

#### TRIAGEM:

- QUEIXA

- PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO DIREITO, PA=116X67, FC=93. NEGA ALERGIA. O

#### ORIGEM

#### TIPO DE CHEGADA

#### OBSERVAÇÕES

#### FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

#### DISCRIMINADOR

- Dor moderada \*

#### COLETA AUTORIZADA?

- SIM

#### AValiação e medidas clínicas

- DOR 6

DOR 6

#### ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

#### TRANSPORTADO POR

#### JUSTIFICATIVA

#### MEDICA:

QUEDA DE MOTO HOJE

DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIR

RX COM FRATURA DE CLAVICULA DIR

CD

IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + ORIENTAÇÕES

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ( )

Temperatura: °

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018

Paciente chegou: ( ) Andando ( ) De Auto ( ) Ambulância

Ambulância: Saída \_\_\_\_\_ Chegada \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho ( ) Caso Policial

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Pront.: 71831

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/05/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

FERIMENTO TRAUMÁTICO

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE:**

PACIENTE AINDA SONOLENTO, MAS CONTACTANTE E BEM ORIENTADO. DADOS VITAIS NORMAIS.

Óbito às \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ Min

DESTINO DO PACIENTE

( ) RESIDÊNCIA ( ) INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: 28/09/18

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

**Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO**

CRM: 18929

TISSIANO Sampaio  
ORTOPEDISTA  
CRM: 18929

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO  
CRM: 18929

ARUANA SEGURODORA

23 NOV 2018



**HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE**

Rua: Teobaldo Gomes Torres, 510 - Ouricuri - PE.

CNPJ: 09.794.975/0166-11

Tel.: (87) 3874.1192 - Fax: (87) 3874.1349

**ATESTADO MÉDICO**

O (a) Sr(a) OSMAEL PEREIRA RODRIGUES

Foi atendido(a) neste Hospital

Devendo:

- ☐ Não realizar Educação Física por um período de \_\_\_\_\_ dias
- ☐ Voltar ao trabalho
- ☐ Afastar-se do trabalho hoje
- ☒ Afastar-se do trabalho por 120 dia(s)
- ☐ Ficar em repouso por \_\_\_\_\_ dia(s)
- ☐ Deficiente Físico
- ☐ Deficiente Mental
- ☐ Goza de Saúde Física e Mental
- ☐

A partir de 08/10/18

C.I.D. S420 FRAQUEZA E ATUVAÇÃO DETERMINADA

OBS.: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinalado.

Ouricuri - PE.

08/10/18

Rafael  
Carimbo e Assinatura

ARUANA SEGUADORA

23 NOV 2018

# Dr. Bruno Coelho

Nome: Osmael Peixoto Rodrigues

Paciente sofreu acidente de trânsito no dia 28/09/2018, apresentando fratura da clavícula direita. Realizou tratamento conservador.

Encontra-se em alta clínica e apresenta sequelas de: limitação funcional grave do ombro direito, com perda de força muscular nos movimentos de flexão, abdução, rotação interna e externa do ombro direito, com deformidade óssea e edema residual.

05/12/2018

Dr. Bruno Coelho  
205-176

Assinatura

Rua Teobaldo Gomes Torres, Nº 51, Centro, Ouricuri – PE, CEP 56200-000

(87) 99958-7997

drbrunocoelho@hotmail.com

ARUANA SEGURADORA  
26 DEZ 2018



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE  
HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA



PERNAMBUCO  
ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
IX GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE - IX GERES

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Pront.: 71831

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/06/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

## BOLETIM DE ATENDIMENTO

CR- ORTOPEDISTA - Amarelo

### ANAMNESE / QUEIXA PRINCIPAL:

#### TRIAGEM:

- QUEIXA

- PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO DIREITO, PA=116X67, FC=93. NEGA ALERGIA. O

#### ORIGEM

#### TIPO DE CHEGADA

#### OBSERVAÇÕES

#### FLUXOGRAMA

- Problemas em extremidades

#### DISCRIMINADOR

- Dor moderada \*

#### COLETA AUTORIZADA?

- SIM

#### AValiação e medidas clínicas

- DOR 6

DOR 6

#### ENCAMINHAMENTOS

- Ortopedia

#### TRANSPORTADO POR

#### JUSTIFICATIVA

#### MEDICA:

QUEDA DE MOTO HOJE

DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE OMBRO DIR

RX COM FRATURA DE CLAVICULA DIR

CD

IMOBILIZAÇÃO + ANALGESIA + ORIENTAÇÕES

Peso:

PA: x mmHg

Altura:

HGT: mg/dL

IMC: ( )

Temperatura: °

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018

Paciente chegou: ( ) Andando ( ) De Auto ( ) Ambulância

Ambulância: Saída \_\_\_\_\_ Chegada \_\_\_\_\_

( ) Acidente de Trabalho ( ) Caso Policial

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO

Data: 28/09/2018 19:43 N. Tratamento: 7

Nome: **OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

Pront.: 71831

End.: RUA IRENE GRANJERO XAVIER, 1

Bairro: CENTRO Cidade: GRANITO - PE Telefone: 8792057905

Sexo: Masculino Prof.: AGRICULTOR Nascimento: 08/05/1983 Idade: 35

Mãe: VERA LUCIA PEIXOTO RODRIGUES Responsável:

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:**

FERIMENTO TRAUMÁTICO

SOLICITAÇÕES / RESULTADOS DE EXAMES:

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE:**

PACIENTE AINDA SONOLENTO, MAS CONTACTANTE E BEM ORIENTADO. DADOS VITAIS NORMAIS.

Óbito às \_\_\_\_\_ H \_\_\_\_\_ Min

DESTINO DO PACIENTE

( ) RESIDÊNCIA ( ) INTERNADO

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

Data: 28/09/18

ASSINATURA - CARIMBO - CRM / CRO

**Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO**

CRM: 18929

TISSIANO Sampaio  
ORTOPEDISTA  
CRM: 18929

Dr. TISSIANO DANTAS SAMPAIO  
CRM: 18929

ARUANA SEGURODORA

23 NOV 2018



**HOSPITAL REGIONAL FERNANDO BEZERRA  
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO RECIFE**

Rua: Teobaldo Gomes Torres, 510 - Ouricuri - PE.

CNPJ: 09.794.975/0166-11

Tel.: (87) 3874.1192 - Fax: (87) 3874.1349

**ATESTADO MÉDICO**

O (a) Sr(a) OSMAEL PEREIRA RODRIGUES

Foi atendido(a) neste Hospital

Devendo:

- ☐ Não realizar Educação Física por um período de \_\_\_\_\_ dias
- ☐ Voltar ao trabalho
- ☐ Afastar-se do trabalho hoje
- ☒ Afastar-se do trabalho por 120 dia(s)
- ☐ Ficar em repouso por \_\_\_\_\_ dia(s)
- ☐ Deficiente Físico
- ☐ Deficiente Mental
- ☐ Goza de Saúde Física e Mental
- ☐

A partir de 08/10/18

C.I.D. S420 Ferimento e contusão diversos

OBS.: Não é válido c/ rasuras ou mais de um item assinalado.

Ouricuri - PE.

08/10/18

Rafael  
Carimbo e Assinatura

ARUANA SEGUADORA

23 NOV 2018

# Dr. Bruno Coelho

Nome: Osmael Peixoto Rodrigues

Paciente sofreu acidente de trânsito no dia 28/09/2018, apresentando fratura da clavícula direita. Realizou tratamento conservador.

Encontra-se em alta clínica e apresenta sequelas de: limitação funcional grave do ombro direito, com perda de força muscular nos movimentos de flexão, abdução, rotação interna e externa do ombro direito, com deformidade óssea e edema residual.

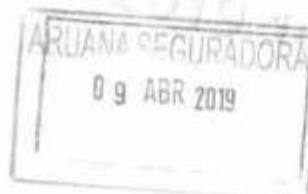
05/12/2018

Dr. Bruno Coelho  
205.176

Assinatura

Rua Teobaldo Gomes Torres, Nº 51, Centro, Ouricuri - PE, CEP 56200-000  
(87) 99958-7997

drbrunocoelho@hotmail.com





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA TORRENTE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, INTELIGÊNCIA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

**Protegido Direito**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 2017164380 - 6 DATA DE  
EMISSÃO 14/08/2017

NOME  
OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

FILIAÇÃO  
OSMAR PEREIRA RODRIGUES  
VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES

NATURALIDADE  
GRAMITO - PE DATA DE NASCIMENTO  
08/05/1983

DIG. ORIGINAL

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 5762 FOLHA: 177 LIVRO: A-6  
GRAMITO - PE  
106.655.394.79

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83 P.: 199

ARUANA SEGURADORA  
23 NOV 2018



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA TORRENTE DO ESTADO DO CEARÁ  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, INTELIGÊNCIA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

**Protegido Direito**

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES**

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2017164380 - 6 DATA DE EMISSÃO 14/08/2017

NOME OSMAEL PEIXOTO RODRIGUES

OSMAR PEREIRA RODRIGUES

VERA LÚCIA PEIXOTO RODRIGUES

NATURALIDADE GRAMITO - PE DATA DE NASCIMENTO 08/05/1983

DIG. ORIGINAL

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 5762 FOLHA: 177 LIVRO: A-6

GRAMITO - PE 106.655.394.79

LEI Nº 7.115 DE 29/08/83 P.: 199

ARUANA SEGURADORA

23 NOV 2018





Ass 0425641/18

**IDENTIFICAÇÃO**

VÍTIMA Osmar Peinto Rodrigues  
 DATA DO ACIDENTE 28/09/2018 CPF DA VÍTIMA 104.655.394-79  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO SERGIO FRANCISCO A. SAMPAIO  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA EUCLIDES BEZERRA LINS  
 Nº 100 COMPLEMENTO \_\_\_\_\_ BAIRRO CENTRO  
 CIDADE OURICURI UF PE CEP 562000-000  
 E-MAIL sergiofasamapio@hotmail.com TELEFONE ( 87 ) 9980-5451  
99998-3998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

**DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE**

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AVALIAÇÃO DEFINITIVA
- ☒ BOLETA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE**

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

**DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS**

- ☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DESEQUÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTES (ORÇANOS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- ☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

**DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS**

- ☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☐ PROCURAÇÃO E CIRCULAR 445 (NO CASO DO REPRESENTANTE SER PROCURADOR)

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES**

- MORTE = R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 5.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.730,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PRÉDIO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 032 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO APRESENTADA

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELA ENTREGA NA SEGURODORA

DATA

NOME

ASSINATURA

**ARUANA SEGURODORA**  
 23 NOV 2018  
 Assinatura