

BRABESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237            AGÊNCIA: 2373-6            CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01344-7

CONTA: 000000009350-5

---

Nr. Autenticação

BRABESCO1909201905000000000023701344000000009350236250 PAGO

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190511774 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** SIMIAO MARIANO DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 13/09/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO). ALTA MÉDICA. P1

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

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

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

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



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA  
Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50060-902  
CNPJ 10.839.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-03 | [www.cepne.com.br](http://www.cepne.com.br)

DADOS DO CLIENTE  
SEVERINO MARIANO DOS SANTOS

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
SI MANIÉU 170

CPF: 428.344.884-04

ZONA RURAL OROBOROBU RURAL  
OROBO PE  
55745-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL

080983805	ÚNICA	08/05/2018
15/05/2018	300238888	2150889

CONTA SUFICIENTE	RECEBÍO
1156153016	05/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
22/05/2019	06/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	178,88

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Alvo (MWh)  
Acréscimo Bandeira AMARELA  
Contrib. Sum. Pública Municipal  
ICMS Subvenção-CDE-NF 049868337-07/02/19  
Multa por atraso-NF 053203495 - 27/03/19  
Juros por atraso-NF 058203495 - 27/03/19  
Atualização GPV-NF 158203495 - 27/03/19

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
124,000000	0,77085378	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
25 JUL 2019  
Gente Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL								178,98	
Nº DO MOTORISTA	TIPO DA PUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KM/L)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
012091	CAT	25-03-2018	38.347,00	26-03-2018	38.521,00	01	1,20000		158,00

### HISTÓRICO DE CONSUMO

Month	Cases
MAY18	155
JUN18	105
JUL18	100
AUG18	105
SEP18	110
OCT18	115
NOV18	120
DEC18	125
JAN19	130
FEB19	135
MAR19	140
APR19	145
MAY19	150

### INFORMAZIONE DEL TRIBUTARIO

	BASE 200 CALCULO	%	VALOR MPO
ICMS	142,33	28,00	3
PIB	142,33	1,10	
COFINS	142,33	6,57	

Gerador de Energia	R\$	45,08	21,64%
Transmissão	R\$	9,04	3,94%
Distribuição (Cálculo)	R\$	20,57	21,48%
Perdas de Energia	R\$	9,63	9,77%
Energia Retenida	R\$	7,19	9,04%
Tributos	R\$	44,37	21,52%
Total	R\$	142,28	100%

Copyright © 2004 by John Wiley & Sons, Inc.

	Total	60	140,30	100%
Consulate Afghanistan	TARIFAS APLICADAS			0.571428571

EJED 48DF F8A3 C8E2 8C18 880E D88E EC00

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

	CONTO	TEMPO APRESENTADO EM 2016	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL
BSG	SEM JARDIM	0,00	11,30	33,91	46,22
FG		0,00	7,87	15,34	30,98
BSMG		0,00	8,18	0,00	

TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO DO	
	alongamento	alargamento
220	200	22

Unidade: 18,00 + 25,00 = valor do Encargo de Uso do Sistema de Distribuição = R\$ 43,00

CONTA CONTRATADO	MÊS/ANO	DATA DE VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
1150153C10	05/2018	22/05/2018	

838000000017 788800110011 156153016100 158026633130 178

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

**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:

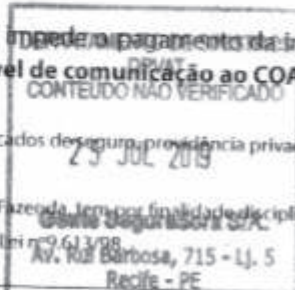
<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 ADRIANA MARIA MORA DE ARAUJO inscrita (a) no CPF 945234444, 04 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SIMILAD MARIANO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 711301954/49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vitima SIMILAD MARIANO DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 711301954/49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios: \_\_\_\_\_

☒ Recuso informar

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

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

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750000</u>
Email <u>aseguros1994@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial(DDD) <u>(81) 97001998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81335022</u>

SURUBIM-PE 22 de JULHO de 2019  
Local e Data

Adriana M. M. de A. Farias  
Assinatura do Declarante



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RUAN DOS SANTOS LIMA,

RG nº 31684080050 data de expedição 20/04/17,

Órgão MT/PE, portador do CPF nº 118.356.584-40, com domicílio na cidade de OROBO, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA PREFEITO JOÃO CIRILDO DE MOURA, CENTRO, nº 28,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima SIMÃO MARIANO DOS SANTOS cujo o condutor era JOSE RUAN DOS SANTOS LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 150 TITAN EX

Ano: 2013/2014

Placa: PGN 3187


Chassi: 9C2KC1660E2008934

Data do Acidente: 22/05/2019

Local e Data: OROBO/PE 27/06/19



Assinatura do Declarante

 JOSE RUAN DOS SANTOS LIMA

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





Nome: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS (1622616)

Admissão: 314277

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO**

HD:

CID: <<S822>>FRATURA COMINUTIVA DE DIFISE DISTAL DA TIBIA

**CIRURGIA REALIZADA:**

Admitido no dia 24/05/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 29/05/2019.

**TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM PLACA EM PONTE**

**MÉDICO CIRURGIÃO:**

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

**ORIENTAÇÕES:**

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 26/6/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.
- 6 - ANDAR COM 2 MULETAS SEM CARGA SOBRE A PERNA OPERADA. INICIAR FISIOTERAPIA APOS RETIRADA DE PONTOS, POREM MOVIMENTAR PREVIAMENTE O MEMBRO OPERADO EM CASA . REQUISIÇÃO DE FISIOTERAPIA EM ANEXO.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

Genie Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - 5.º S.  
Recife - PE

**ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.**

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/05/2019 as 11:03

Dr. Tarcísio Lyra  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

Atendimento: 314277 Entrada: 24/05/2019 Hora: 20:26  
Acomodação: LEITO 04  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsavel:  
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Enfermaria: ENFERMARIA 13  
Permanência: 5 Dia(s), 18 horas  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 707506213881090

Paciente: 1622616 SIMIAO MARIANO DOS SANTOS  
Nascimento: 15/02/1969 (50 Anos e 3 Meses)  
Endereço: SITIO MARACAJA  
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55745-000  
Cidade: 2609709 OROBÓ  
Pai: SEVERINO MARIANO DOS SANTOS  
Mãe: SEVERINA BARBOSA CAMELO  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 71130195449  
Identidade: 545485587 - SSP - PE  
Telefone: / 996927348  
G.Instrução:  
Ocupação: AGRICULTOR  
Naturalidade: OROBO-PE

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 24/05/2019 - 20:48

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE VEM DO HOF COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Exame físico:

DOR + EDEMA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Prescrição/Conduta:

Horario/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materials Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

Geral Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Hospital Memorial Armino Moura  
SAME  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3535-2013  
/ v. Cláudia Campelo, SIN-Morano-PE

Atendimento: 314277 Entrada: 24/05/2019 Hora: 20:26  
Acomodação: LEITO 04  
Plano: SUS - ELETIVAS  
Responsável:  
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Enfermaria: ENFERMARIA 13  
Permanência: 5 Dia(s), 18 horas  
Matrícula:  
Identidade:  
C.N.S.: 707506213881090

Paciente: 1622616 SIMIAO MARIANO DOS SANTOS  
Nascimento: 15/02/1969 (50 Anos e 3 Meses)  
Endereço: SÍTIO MARACAJÁ  
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55745-000  
Cidade: 2609709 OROBÓ  
Pai: SEVERINO MARIANO DOS SANTOS  
Mãe: SEVERINA BARBOSA CAMELO  
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA  
Estado Civil: SOLTEIRO  
C.P.F.: 71130195449  
Identidade: 545485587 - SSP - PE  
Telefone: / 996927348  
G.Instrução:  
Ocupação: AGRICULTOR  
Naturalidade: OROBO-PE

## ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

**Em: 24/05/2019 - 20:48**

**CONSULTA NA URGENCIA** (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

**Queixa do paciente:**

**PACIENTE VEM DO HOF COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA**

**Exame físico:**

**DOR + EDEMA**

**Hipótese diagnóstica:**

**FRATURA DOS OSSOS DA PERNA**

**Prescrição/Conduta:**

**Horário/Checkagem**

01 -	INTERNAMENTO	
02 -		
03 -		
04 -		

**Reavaliação:**

**Materiais Utilizados:** (Enfermagem/Imobilização)

**COMANDA:**



Hospital Memorial Armino Moura  
SAME  
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cláudio Campelo, S/N - Morano-PE





Armino Moura  
HOSPITAL GERAL

Nome: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS (1622616)

Admissão: 314277

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **SIMIAO MARIANO DOS SANTOS** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S822

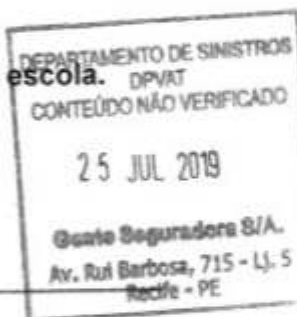
( ) Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).

( X ) Necessitando de ( 15 ) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.

( ) Como acompanhante.

( ) Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: \_\_\_\_\_



NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Atestado Emitido Eletronicamente

Data: 29/05/2019 as 10:59

Tarcisio Lyra de Brito  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM-PE - 10.594

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

Gele Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

CONTRAN

DETRAN - PE  
Nº 015100873888  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
VIA 1 689466536 2019

JOSE RUAN DOS SANTOS LIMA

OROBO-PE

118.356.584-40

PE

9C2K1660ER008934

PAS / MOTOCICLISTA

HONDA / CG 150 TITAN EX

2P/149CL

IPVA 2019 QUITADO

V 1

0.32 84.58 TORH 27/05/19

SEM RESERVA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATORIO  
NAO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

OROBO

Roberto Carlos Moreira Fontelles

DIRETOR PRESIDENTE DETRAN/PE

01/06/19

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS  
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS  
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

PE Nº 015100873888 BILHETE DE SEGURO DPVAT  
JOSE RUAN DOS SANTOS LIMA

OROBO-PE

55745-000

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT  
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO  
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA  
[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)  
SAC DPVAT 0800 022 1204

1 118.356.584-40

689466536

2013

9C2K1660ER008934

09

PREMIO TARIFARIO

36.05

4.01

40.06

4.15

0.32

84.58

COTA ÚNICA

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.408/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.  
RIS RNO E DE PORTE OBRIGATORIO.





IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SIMÃO MARIANO DOS SANTOS  
 DATA DO ACIDENTE 22/05/19 CPF DA VÍTIMA 711.301.954-49  
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES  
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM  
 A VÍTIMA É \_\_\_\_\_  
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA BAIRRO CENTRO  
 Nº 370 COMPLEMENTO CASA CEP 55750-000  
 CIDADE SURUBIM UF PE  
 E-MAIL apreguena194@gmail.com TELEFONE (81) 97001998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALEZ 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 ALEXITEN  
 DA INVALEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☒ BOLETIM 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 COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALEZ 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 DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

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 DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)  
 ( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS  
 ( ) NOTAS FISCAIS (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)  
 ( ) REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00  
 • INVALEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.  
 • DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

25 JUL 2019  
 O DEPARTAMENTO DPVAT DE ACIDENTES E SINISTROS NÃO VERIFICOU O CONTEÚDO DO DOCUMENTO ENTREGUE.  
 Gêntio Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 - Recife - PE

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA \_\_\_\_\_  
 IDENTIDADE 4810389 SPIRE  
 ASSINATURA Adriana M. Moura de A. Fernandes  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_  
 ASSINATURA \_\_\_\_\_

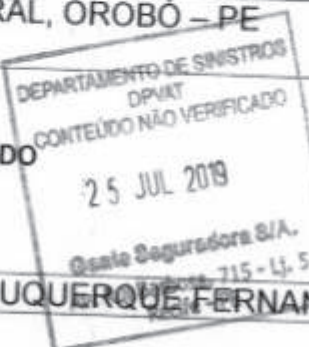


# PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 54.548.558-7 SSP/SP - CPF 711.301.954-49
DATA DO ACIDENTE: 22/05/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS
ENDEREÇO: SI MANIBU, 170, ZONA RURAL, OROBÓ - PE

OUTORGADO



NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

OROBÓ- PE 19 DE JUNHO 2019



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)





**Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190511774**

**Vítima: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 22/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), SIMIAO MARIANO DOS SANTOS**

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

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

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

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: **SIMIAO MARIANO DOS SANTOS**

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

Banco: **237**

Agência: **000001344-7**

Conta: **000009350-5**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

[www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 03 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190511774**

**Vítima: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 22/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SIMIAO MARIANO DOS SANTOS**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 18 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190511774**

**Vítima: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS**

**Data do Acidente: 22/05/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), SIMIAO MARIANO DOS SANTOS**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 13/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 71130195449 4 - Nome completo da vítima: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS 6 - CPF: 71130195449  
7 - Profissão: REC INF 8 - Endereço: SI MANIBU 9 - Número: 170 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: OROBÓ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55745000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 97001998

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)  
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos): Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 9350 5 (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) 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 30 (trinta) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OROBÓ/PE 22/07/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



537159 20254677/19 3190448 521



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121ªCIRC  
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0211000354**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/06/2019** às **12:13**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **22/5/2019** às **06:56**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VEICULO MOTO**  
Fato ocorrido no endereço: **SITIO MONTE ALEGRE, PROXIMO A CAPELA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OROBO, 1, SITIO MONTE ALEGRE, ZONA RURAL DE OROBO - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA / ESTRADA TERRA PLANAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

**JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA (AUTOR / AGENTE)**  
**SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS (VITIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA**

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DIPMAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
25 JUL 2019  
  
Oeste Seguradora S/A.  
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

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

**JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: TEREZINHA SEVERINA DOS SANTOS** Pai: **OSVALDO GOMES DE LIMA** Data de Nascimento: **3/7/1998** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **11835658440 (CPF), 06829803341 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81995705264**

Endereço Residencial: **RUA PREFEITO JOAO CIRILO DE MOURA, 28, CASA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A ESCOLA MUNICIPAL PAULO FREIRE**

**SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA BARBOSA CAMELO** Pai: **SEVERINO MARIANO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **15/2/1969** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **545485587/SSP/PE (RG), 71130195449 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81995507266**

Residencial: **SITIO MARACAJÁ, PROXIMO AO BIO AMADOR - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OROBO, 1, SITIO MARACAJA, ZONA RURAL DE OROBO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO BIO AMADOR**

JOSE

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

**VEICULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGN3187** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **689466536** Chassi: **9C2KC1660ER008934**  
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

## Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA O SR. JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA, QUEIXANDO-SE QUE NO DIA 22 DE MAIO DO CORRENTE ANO, QUANDO TRANSITAVA PILOTANDO SUA MOTO HONDA CG 150 TITAN EX, ANO 2013, MODELO 2014, PLACA PGN 3187, COR PRETA, NO SENTIDO ZONA RURAL / CIDADE, PROXIMO A LAGOA DO SÍTIO MONTE ALEGRE CAIU DA MOTO; QUE ESTAVA NA GARUPA DA MESMA COMO PASSAGEIRO SEU TIO SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS QUE NA QUEDA QUEBROU A PERNA DIREITA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU DE OROBO PARA O HOSPITAL GERAL DE LIMOEIRO EM SEGUIDA FOI PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS. DIANTE DO FATO EXPOSTO SOLICITA DA AUTORIDADE POLICIAL AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER E ASSUME TODA A RESPONSABILIDADE PELA PRESENTE QUEIXA.

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

*JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA*  
**JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA**  
 (AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **ERISTON LUIZ DA SILVA** - Matrícula: **3847594**





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 71130195449 4 - Nome completo da vítima: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS 6 - CPF: 71130195449  
7 - Profissão: REC INF 8 - Endereço: SI MANIBU 9 - Número: 170 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: OROBÓ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55745000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 97001998

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)  
AGÊNCIA: CONTA: ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
Nome do BANCO: BRADESCO  
AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 9350 5

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) 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 30 (trinta) 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. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha  
39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OROBÓ/PE 22/07/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



192

IDENTIFICAÇÃO	MÉDICO REGULADOR <u>Dr. Rissola</u>			TARM		OPERADOR DE FROTA <u>Edyane</u>	
	DATA	HORA	ID	Nº OCORRÊNCIA	UNIDADE MÓVEL	BASE DA UNIDADE	
	<u>22/05/19</u>	<u>06:56</u>		<u>5631,147</u>	<u>U. S.B</u>	<u>Samuel Orobo</u>	
	ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA					Nº	
	<u>Sítio Monte Alegre</u>					<u>S/N</u>	
	BAIRRO			MUNICÍPIO			
<u>Zona Rural</u>			<u>Orobo</u>				
PONTO DE REFERÊNCIA							
<u>Próximo a capela Senhora da Conceição</u>							
NOME DA VÍTIMA					IDADE	SEXO	
<u>Simão mariano dos Santos</u>					<u>50</u>	<u>M</u>	
SOLICITANTE/FONE					CARTÃO DE SAÚDE - SUS		
<u>Rodolfo</u>							

QUEIXA <u>Fratura Fechada</u>					
Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Chegada na base
	<u>06:56</u>	<u>06:59</u>	<u>07:09</u>	<u>07:35</u>	<u>08:40</u>

☐ Orientação ☒ Transporte ☐ Transferência ☐ Cancelada antes da regulação ☐ Local não encontrado ☐ Cancelada

☐ Transf. (senna)

Tipos de lesões:

Acidente Trânsito: motocicleta

☐ Pedestre

☐ Condutor do veículo

☒ Passageiro do veículo

☐ Agressão

☐ Clínic

☐ Desabamento/Soterramento

☐ Eletrocussão

☐ FAB

☐ FAF

☐ Gineco-obstétrico

☐ Lesões térmicas

☐ Pediátrico

☐ Psiquiátrico

☐ Quase Afogamento

☐ Queda de altura

☐ Queimadura

☐ Térmica

☐ Química

☐ Elétrica

☐ Outros:

Antecedentes:

☐ AIDS

☐ Alcoolismo

☐ Alergia

☐ AVC

☐ Cirurgias Realizadas

☐ Convulsões

☐ Diabetes

☐ Doença Cardíaca

☐ Doença Infecto-contagiosa

☐ Doença Mental

☐ Doença Renal

☐ Convulsão

☐ Diarréia

☐ Dificuldade Respiratória

☒ Dor Local

☐ Febre

☐ Inconsciente/Desmaio

☐ Drogadição

☐ Hipertensão Arterial

☐ Internamentos anteriores

☐ Medicamento:

☐ Problemas Respiratórios

☒ Outros:

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade

☐ Alergia

☐ Ausência de pulso

☐ Cianose

☐ Palidez

☐ Sangramento

☐ Vômito

☐ Outros:

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

Dados Vitais:

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O <sub>2</sub> %	Escala de Glasgow
Início	<u>06:30 120x80</u>	<u>61</u>	<u>101</u>	<u>36.50</u>	<u>129</u>	<u>99</u>	<u>15</u>
Fim	<u>08:40 120x80</u>	<u>62</u>	<u>101</u>	<u>36.50</u>	<u>120</u>	<u>89</u>	<u>15</u>

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

☒ Livre

☐ Obstrução Parcial

☐ Total

☐ Corpo Estranho

☐ Bronco Aspiração

☐ Edema de Glote

☐ OBS

Respiração/Ventilação:

☐ Espontânea

☐ Parada Respiratória

☐ Assistida

☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

☐ Normal

☐ Roncos/sibilos

☐ Estertores

☐ Diminuição RV

☐ Ausência MV

Exame Fisiológico:

☐ Normal

☐ Superficial

☐ Regular

☐ Irregular

Achados ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outros

CIRCULAÇÃO

☒ Pele

☐ Cianose

☐ Fria

☐ Úmida

☒ Normal

☐ Palidez

☐ Quente

☐ Seca

☐ Outros:

☒ Edema

☐ Ausente

☐ Palpebral

☐ M inferiores

☐ Anasarca

☒ Perfusão

☐ Normal

☐ Retardada

☐ Ausente

☒ Pulso

☒ Regular

☐ Irregular

☐ Fino

☐ Cheio

☐ Ausente

☒ Ausculta

☐ Normal

☐ Hipofonose

☐ Aberto pericárdio

☐ Arritmia

☐ Sopro

☒ ECG

☐ Normal

☐ Alterado

☐ Não realizado



Principais lesões	Crânio	Faco	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
								E	D	E	D
Amplicação											
Contusão											
Escoriação											
Emagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											X
Frat. Aberta											
Aceleração											
Luxação											
Quemadura											

**OBSERVAÇÕES**  
 vítima com  
 uma fratura  
 em MID  
 Queimado, concute

#### EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação  
☐ Sonolência  
☐ Coma  
☐ Contusão  
☐ Convulsão  
☐ Otorragia Direita

- ☐ Otorragia Esquerda  
☐ Sinal Battle Direito  
☐ Sinal Battle Esquerdo  
☐ Sinal de Guadagnin direito  
☐ Sinal de Guadagnin esquerdo  
☐ Rigidez de nuca  
☐ Atasia

- ☐ Miose Direita  
☐ Miose Esquerda  
☐ Midriase Direita  
☐ Midriase Esquerda  
☐ Paralisia  
☐ Paresia  
☐ Anestesia

- ☐ Parestesia  
☐ Arreflexia  
☐ Pupila reagente  
☐ Pupila não reagente  
☐ Outros:

#### SEGMENTO:

##### Pescoço:

- ☐ Turgência jugular  
☐ Eritema subcutâneo  
☐ Outros:

##### Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite  
☐ Dorroso/Defesa  
☐ Esplenomegalia  
☐ Hepatomegalia  
☐ Irritação peritoneal  
☐ Normal  
☐ Outros:

##### Urogenital:

- ☐ Anúria  
☐ Hematúria  
☐ Hematuria  
☐ Outros:

#### GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Outros:  
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento  
☐ Parto único ☐ Gêmeos ☐ Líquido Meconial  
**PROCEDIMENTOS:**  
☐ Desobstrução Vias Aéreas  
☐ Entubação Nasotraqueal  
☐ Cânula Orofaringea  
☐ Cricotireoidostomia  
☐ Ventilação Mecânica Ambu  
☐ Respirador  
☐ Inalação O2  
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

##### APGAR:

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda  
☐ Drenagem Torácica Direita  
☐ Drenagem Torácica Esquerda  
☐ Massagem Cardíaca Externa  
☐ Desfibrilação/Cardioversão  
☐ Controle Hemorragia  
☐ Curativo  
☐ Punção Venosa Periférica  
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica  
☐ Sonda Vesical  
☐ Sedação  
☐ Imobilização Membros  
☐ Colar Cervical  
☐ Talas/Tração  
☐ Entubação Orotraqueal  
☐ Traqueostomia  
☐ Monitoração cardíaca  
☐ Outros:

#### Diagnósticos:

#### TERAPÊUTICA:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via
Ringer lactado				
Sol. fisiológico 0,9%				
Sol. Glicosado 0,5%				
Outros				

#### DESTINO:

#### UNIDADE HOSPITALAR:

#### MUNICÍPIO:

#### INTERCOMUNICAÇÃO:

#### PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

#### EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Pereira		Proença	Bequer

#### TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANO, nesta oportunidade:

RG ou CPF: Assinatura: