

BRADESCO

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: 00000009350-5

---

Nr. Autenticação

BRADESCO19092019050000000002370134400000009350236250 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

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
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>



## DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

### 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 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/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>**.

OPERAÇÃO DE PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO DO  
SEGURO DPVAT  
COLETA DE DADOS DA VITIMA  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

<sup>1</sup> Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, provisória 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.

23 JUL 2019

SUSEP

Av. Rio Branco, 715 - Lj. 5

Recife - PE

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE AFRONAVES inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SIMIAD MARIANO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o N° 711.301.954-49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima SIMIAD MARIANO DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o N° 711.301.954-49, 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 Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço		Número	Complemento
<u>RUA JOAO BATISTA</u>		<u>570</u>	<u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750000</u>
Email <u>adriana.moura1994@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. da A. Fernandes

Assinatura do Declarante

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RUAN DOS SANTOS LIMA

RG nº 31684D80050 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 CIRILDE MORAES, CENTRO, nº 28,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado 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 CB 300 TITAN EX

Ano: 2013/2014

Placa: PGN 3187

Chassi: 9C2KC1660EL008934

Data do Acidente: 22/05/2019

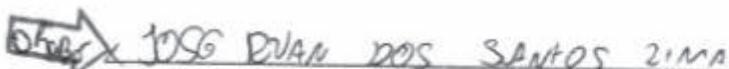
Local e Data: OROBO/PE 27/06/19

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

Geato Seguradora S/A.  
Av. Ruf Barbosa, 715 - Lj. 5  
Recife - PE

Assinatura do Declarante



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

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE OROBO-PE  
Rua Presidente Mamede de Aguiar, 21 - Centro - 56200-000 CEP: 56200-000  
Fone: (81) 3690-1100 - Email: [orobonotaria@gmail.com](mailto:orobonotaria@gmail.com)

Reconheço,	POR	AUTENTICIDADE.
a(s) firma(s) de	(1)JOSE RUAN DOS SANTOS	
LIMA	Orobo-PE, 27/06/2019	
de Mesquita Soares-Escravente		
Cartorio: R\$3,59 - TSNR: R\$0,80 -		
FERC: R\$0,40 - FERM: R\$0,04 - FUNSEG:		
R\$0,08 - Total: R\$4,91 Selo(s)		
0077602 AGW06201901 00034		

Consulte a autenticidade em: [www.orobonotaria.com.br](http://www.orobonotaria.com.br)





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 DISFISE 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

Geste Seguradora S/A.  
Av. Rio Branco, 715 - 13.5  
Recife - PE

#### 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 - DIPIRONA 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 PERNAS OPERADAS. INICIAR FISIOTERAPIA APOS RETIRADA DE PONTOS, POREM MOVIMENTAR PREVIAMENTE O MEMBRO OPERADO EM CASA. REQUISIÇÃO DE FISIOTERAPIA EM ANEXO.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/05/2019 as 11:03

Dr. Tarcisio Lyra  
Ortopedia-Traumatologia  
CRM/PE - 10.571

Dr. (a)TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

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: 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: OROBÓ-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**

**DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**

**Exame físico:**  
**DOR + EDEMA**

**25 JUL 2019**

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

**Hipótese diagnóstica:**

**FRATURA DOS OSSOS DA Perna**

**Prescrição/Conduta:**

**Horário/Checagem**

01 -	<b>INTERNAMENTO</b>	
02 -		
03 -		
04 -		

**Reavaliação:**

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

**COMANDA:**

**Hospital Memorial Armindo Moura  
SAME  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cláudio Campelo, S/N - Morro do Pê**

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: 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 PERNAS

Exame físico:  
DOR + EDEMA

Hipótese diagnóstica:  
FRATURA DOS OSSOS DA PERNAS

Prescrição/Conduta:

Horário/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Memorial Armindo Moura  
SAME  
Serviço de Arquivo Médico e Estatística  
Fone: (81) 3535-2013  
Av. Cidu Campeão, S/N - Morro - PE



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

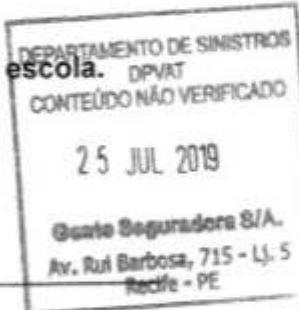
Atesto para os devidos fins que **SIMIAO MARIANO DOS SANTOS** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S822



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

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/05/2019 as 10:59

Tarcisio Lyra  
Ortopedia-Traumatologista  
CRM-PE - 10.591

Dr. (a)TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU NÃO, SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

**DETAN - PE**  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 015100873888

**PE Nº 015100873888** BILHETE DE SEGURO DPVAT

**JOSÉ RUIZ DOS SANTOS LIMA**

**55745-000**

**DENATRAN**

**JOSÉ RUIZ DOS SANTOS LIMA**

**OROBO-PE**

**NOME**

**2019**

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

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

**CONTRAN**

**VEÍCULO**  
CÓD. FAB. / CÓD. FAB. / CÓD. FAB. / CÓD. FAB.

**PAS** / **PILOTOCICLISTA**

**MARKA / MODELO**

**CG / CGV / CIL.**

**CATEGORIA**

**PARTIC**

**COMBUSTÍVEL**

**ALCO/GÁSOL**

**AVG FAB. - ANO MFG.**

**2013**

**2014**

**ANO FAB. - CATEGORIA**

**2013**

**09**

**9C2RC16605R008934**

**DATA EMISSÃO**

**01/06/19**

**PLACA**

**PGM3187**

**EXERCÍCIO**

**2019**

**VALIDADE**

**2020**

**VALIDADE**

**2021**

**VALIDADE**

**2022**

**VALIDADE**

**2023**

**VALIDADE**

**2024**

**VALIDADE**

**2025**

**VALIDADE**

**2026**

**VALIDADE**

**2027**

**VALIDADE**

**2028**

**VALIDADE**

**2029**

**VALIDADE**

**2030**

**VALIDADE**

**2031**

**VALIDADE**

**2032**

**VALIDADE**

**2033**

**VALIDADE**

**2034**

**VALIDADE**

**2035**

**VALIDADE**

**2036**

**VALIDADE**

**2037**

**VALIDADE**

**2038**

**VALIDADE**

**2039**

**VALIDADE**

**2040**

**VALIDADE**

**2041**

**VALIDADE**

**2042**

**VALIDADE**

**2043**

**VALIDADE**

**2044**

**VALIDADE**

**2045**

**VALIDADE**

**2046**

**VALIDADE**

**2047**

**VALIDADE**

**2048**

**VALIDADE**

**2049**

**VALIDADE**

**2050**

**VALIDADE**

**2051**

**VALIDADE**

**2052**

**VALIDADE**

**2053**

**VALIDADE**

**2054**

**VALIDADE**

**2055**

**VALIDADE**

**2056**

**VALIDADE**

**2057**

**VALIDADE**

**2058**

**VALIDADE**

**2059**

**VALIDADE**

**2060**

**VALIDADE**

**2061**

**VALIDADE**

**2062**

**VALIDADE**

**2063**

**VALIDADE**

**2064**

**VALIDADE**

**2065**

**VALIDADE**

**2066**

**VALIDADE**

**2067**

**VALIDADE**

**2068**

**VALIDADE**

**2069**

**VALIDADE**

**2070**

**VALIDADE**

**2071**

**VALIDADE**

**2072**

**VALIDADE**

**2073**

**VALIDADE**

**2074**

**VALIDADE**

**2075**

**VALIDADE**

**2076**

**VALIDADE**

**2077**

**VALIDADE**

**2078**

**VALIDADE**

**2079**

**VALIDADE**

**2080**

**VALIDADE**

**2081**

**VALIDADE**

**2082**

**VALIDADE**

**2083**

**VALIDADE**

**2084**

**VALIDADE**

**2085**

**VALIDADE**

**2086**

**VALIDADE**

**2087**

**VALIDADE**

**2088**

**VALIDADE**

**2089**

**VALIDADE**

**2090**

**VALIDADE**

**2091**

**VALIDADE**

**2092**

**VALIDADE**

**2093**

**VALIDADE**

**2094**

**VALIDADE**

**2095**

**VALIDADE**

**2096**

**VALIDADE**

**2097**

**VALIDADE**

**2098**

**VALIDADE**

**2099**

**VALIDADE**

**2100**

**VALIDADE**

**2101**

**VALIDADE**

**2102**

**VALIDADE**

**2103**

**VALIDADE**

**2104**

**VALIDADE**

**2105**

**VALIDADE**

**2106**

**VALIDADE**

**2107**

**VALIDADE**

**2108**

**VALIDADE**

**2109**

**VALIDADE**

**2110**

**VALIDADE**

**2111**

**VALIDADE**

**2112**

**VALIDADE**

**2113**

**VALIDADE**

**2114**

**VALIDADE**

**2115**

**VALIDADE**

**2116**

**VALIDADE**

**2117**

**VALIDADE**

**2118**

**VALIDADE**

**2119**

**VALIDADE**

**2120**

**VALIDADE**

**2121**

**VALIDADE**

**2122**

**VALIDADE**

**2123**

**VALIDADE**

**2124**

**VALIDADE**

**2125**

**VALIDADE**

**2126**

ID

## SEGURADO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder • DPVAT

## INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

## IDENTIFICAÇÃO

Vítima Simão Mariano dos Santos  
 DATA DO ACIDENTE 22/05/19 CPF DA VÍTIMA 711 301 954 49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Adeliana de A. Fernandes

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM

A VÍTIMA É ( ) ENDEREÇO DO PORTADOR: Rua João Batista

370 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTRO

Surubim UF PE CEP 55750 000

E-MAIL spfjgunes194@ymail.com.br FONE: (81) 97001998

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 CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 AEXISTÊNCIA DE INVALIDEZ 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 QUOCHEQUE, BOLETO, RECIBO, FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO OS DADOS BANCÁRIOS, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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 É 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 CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA 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, TAIIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTÍDIO DE NASCIMENTO OU CERTIDA DO DE CASAMENTO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

CPF DO NEPESSENTANTE 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

INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM A 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.

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, COM OS LISTADOS NESTE FORMULARIO

PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE [WWW.DPVATSEGURUDOTRANSITO.COM.BR](http://WWW.DPVATSEGURUDOTRANSITO.COM.BR) OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

ASSINATURA \_\_\_\_\_

Assinatura Simone M. de J. Gomes

25 JUL 2019

**Geste Seguradora S.A.**  
 Avenida Rui Barbosa, 715 - 5º  
 Recife, PE

# 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

OUTORGADO

25 JUL 2019

Gesal Seguradora S/A.

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)



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.

---

**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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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.

---

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

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.

---

**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 - N° 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 N° 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:

OROBO

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 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGENCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGENCIA:

1344

7

CONTA:

9350

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

 Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) recebendo o 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

25 JUL 2019

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado judicialmente

 Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

 Sim

 Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

 Sim

 Não

31 - Vítima

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

 Sim

 Não

33 - Vítima deixou

 Sim

 Não

pais/avós vivos?

 Não

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

34

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, OROBO/PE 22/10/2019
Simião Mariano dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



537159 819008521  
S19008521



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121ª CIRC  
DINTER1/16ª DESEC

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 - Culposo (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, PRÓXIMO A CAPELA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, SITIO MONTE ALEGRE, ZONA RURAL DE OROBÓ - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PÚBLICA / ESTRADA TERRA PLANAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

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

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

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

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

**JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **TEREZINHA SEVERINA DOS SANTOS** Pai: **OSVALDO GOMES DE LIMA** Data de Nascimento: **3/7/1998** Naturalidade: **OROBÓ / 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 - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A ESCOLA MUNICIPAL PAULO FREIRE**

**SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mão: **SEVERINA BARBOSA CAMELO** Pai: **SEVERINO MARIANO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **15/2/1969** Naturalidade: **OROBÓ / 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, PRÓXIMO AO BLO AMADOR - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE OROBÓ, 1, SITIO MARACAJÁ, ZONA RURAL DE OROBÓ - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBÓ/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO AO BLO AMADOR**

## 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, PRÓXIMO A LAGOA DO SITIO 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 OROBÓ PARA O HOSPITAL GERAL DE LIMOEIRO EM SEGUITA 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 - N° 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 N° 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:

OROBO

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 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

 REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

AGENCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGENCIA:

1344

7

CONTA:

9350

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

 Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) recebendo o 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

25 JUL 2019

Agencia Procuradora S/A

Rua: Rua Barbosa, 715 - 11

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

 Sim

 Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nascituro (não nascido):

 Sim

 Não

 Sim

 Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

 Sim

 Não

pais/avôs vivos?

 Não

33 - Vítima deixou pais/avôs vivos?

 Não

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, OROBO/PE 22/10/2019
Simião Mariano dos Santos

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

192

IDENTIFICAÇÃO	MÉDICO REGULADOR 107 Misala	TARM	OPERADOR DE FROTA Edyane		
	DATA 22/05/19 06:56	HORA ID Nº OCORRÊNCIA 5631147	UNIDADE MÓVEL a. S.B Samu Orobó	BASE DA UNIDADE Nº S/N	
ENDERECO DA OCORRÊNCIA Sítio monte alegre	BAIRRO zona Rural	MUNICÍPIO Orobó			
PONTO DE REFERÊNCIA Protetmo a capela senhora da concórcia					
NOME DA VITIMA Simeão mariano dos Santos	IDADE 50	SEXO M			
SOLICITANTE/FONE Rodolfo	CARTÃO DE SAÚDE - SUS				
QUEIXA Fratura Tchado					
Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Chegada na base
06:56	06:59	07:04	07:35	08:40	09:20

Orientação  Transporte  Transferência  Cancelada antes da regulação  Local não encontrado  Cancelada

Transe - rência (senna)

- Type de lesão:  
 Acidente Trânsito: motocicleta  
 Pedestre  
 Condutor do veículo  
 Passageiro do veículo  
 Agressão  
 Clínico  
 Desabamento/Soterramento

- Eletrocussão  
 FAB  
 FAF  
 Gineco-obstétrico  
 Lesões térmicas  
 Pediatrício  
 Pelviquêtrico  
 Quase Afogamento

- Queda \_\_\_\_\_ Meio:  
 Queimadura  
 Térmica  
 Química  
 Elétrica  
 Outros:

Antecedentes:

- AIDS  
 Alcoolismo  
 Alergia  
 AVC  
 Cirurgias Realizadas

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

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

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

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Queixas  
 Agitação/agressividade  
 Alergia  
 Ausência de pulso  
 Clancos

- Convulsão  
 Diarréia  
 Dificuldade Respiratória  
 Dor Local  
 Febre  
 Inconsciente/Desmaiado

- Palidez  
 Sangramento  
 Vômito  
 Outros:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 AGO 2019

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

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

Dados Vitais:

Hora	PA	P脉	PR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O2 %	Escala Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Inicio	06:30	20x80	61	301	36.50	127	99
Fim	08:10	190x80	62	101	36.54	120	99

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

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

Respiração/Ventilação:

- Espontânea  
 Parada Respiratória  
 Assistida  
 Rítmo Irregular

Auscultação:

- Normal  
 Roncos/sibilos  
 Estertores  
 Diminuição MV  
 Ausência MV

Expeçabilidades:

- Normal  
 Superficial  
 Regular  
 Irregular

CIRCULAÇÃO

- Pele  Cianose  Fria  Úmida  Normal  Palidez  Quente  Seca  Outros:  
 Edema  Ausente  Palpbral  II inferiores  Anasarca  
 Perfusion  Normal  Retardada  Ausente  
 Pulso  Regular  Irregular  Fino  Chelo  Ausente  
 Auscultação  Normal  Hipofones  Átrito pericárdio  Arritmia  Sopro  
 ECG  Normal  Alterado  Não realizado

Principais lesões	Crânio	Face	Pescoco	Dorso	Tórax	Abdômen	Pélvis	MS		MI	
								E	D	E	D
Amputação											
Contusão											
Escofado											
Esmagamento											
Perfurante											
Contuso											
Frat. Fechada											X
Frat. Aberta											
Aceleração											
Luxação											
Quimiotrauma											

**OBSERVAÇÕES**

ulma com  
uma fratura  
em M1D  
orientada, concava

**EXAME NEUROLÓGICO:**

- Agitação
- Sonolência
- Cansa
- Contusão
- Convulsão
- Otorragia Direita
- Otorragia Esquerda
- Sinal Battle Direito
- Sinal Battle Esquerdo
- Sinal de Guadnín direito
- Sinal de Guadnín esquerdo
- Rigidex de nuca
- Afasia

- Miase Direita
- Miase Esquerda
- Midriase Direita
- Midriase Esquerda
- Paralisia
- Paresia
- Anestesia

- Parestesia
- Atrefexia
- Pupila reagente
- Pupila não reagente
- outros:

**SEGMENTO:**  
Pescoco:

- Dolor
- Inchaço
- Turgência jugular
- Enfisema subcutâneo
- Outros:

**Abdômen:**

- Distensão
- Ascite
- Doloroso/Defesa
- Esplenomegalia
- Hepatomegalia
- Irritação peritoneal
- Normal
- Outros

**Urogenital:**

- Andúria
- Cystoscópio Direito
- Cystoscópio Esquerdo
- Hematuria
- Outros:

**GINECO-OBSTÉTRICO:**

- Abortamento
- Hemorragia vaginal
- Normal
- Trabalho de parto: 01 cont/10m
- 1-3 cont/10m
- Parto único
- Gêmeos
- Líquido Meconial

**PROCEDIMENTOS:**

- Desobstrução Vias Aéreas
- Entubação Nasotraqueal
- Câmla Orofaringea
- Cricotireoidostomia
- Ventilação Mecânica Ambu
- Respirador
- Inalação O2
- Toracocentose c/ Agulha Direita

**Diagnósticos:**
**TERAPÉUTICA:**

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

**DESTINO:**
**UNIDADE HOSPITALAR:** Hospital Regional de Jaboatão

**MUNICÍPIO:** Jaboatão

**INTERCORRÊNCIA:**
**PERTECES DO PACIENTE:**

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

**EQUIPE:**

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Priscila		Andrea	Leônidas

**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:**
**DEPARTAMENTO DE SINISTROS**  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
Oxímetro

**12 AGO 2019**
**Gente Seguradora N/A.**
**Av. R. Heráclito, 15 - Lj. 5  
Recife - PE**