

TENSÃO NOMINAL (N)	LIMITE DE VARIAÇÃO (N)	
	inferior	superior
270	202	337

**SUS**Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. R. A.

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Josefa Leima do Nascimento

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

285609

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 0 0 0 0 5 6 0 1 3 9 0 3 0 9

8 - DATA DE NASCIMENTO

11/04/70

9 - SEXO

Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Severina Fabiana de Leima

12 - TELEFONE DE CONTATO

819 731 9951

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Severina Fabiana de Leima

14 - TELEFONE DE CONTATO

819 731 9951

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Lote do Vaqueiro

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Paripiranga

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

5557500

18 - UF

PE

19 - CEP

5557500**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de acidente motociclista com trauma na região do tórax (E)

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura Rádica dest. (E)

24 - CID 10 PRINCIPAL

COMPREV
COMPRESSÃO VIDA - PREVIDÊNCIA SIA
28 MAI 2019**PROTOCOLO**
AGÊNCIA RECIFE

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento Hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

OUT

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Urg.

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

29/04/18



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO	5 - Número do Prontuário 119243			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 700005601390309	8 - Data Nascimento 31/01/1970	9 - Sexo FEMININO 3	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
11 - Nome da Mãe SEVERINA CABRAL DE LIMA	12 - Telefone de Contato 8173199516			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SITIO CATOLE DO NAPOLEAO, () - ZONA RURAL				
16 - Município de residência CASINHAS	17 - Cod. IBGE município 2604155	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos
*ste ci fratura punho esquerdo, após
trauma*

21 - Condições que justificam a internação
COMPREV
28 MAI 2019

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)
RX

PROTOCOLO
CÂNCIA RECIFE

23 - Diagnóstico inicial fratura punho e	24 - CID 10 Principais 552.5	25 - CID 10 Sec.	26 - CID 10 Causas associadas
---	---------------------------------	------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado Internamento	28 - Código do procedimento 04.02.02.040-7		
29 - Clínica URT	30 - Caráter de Internação curativa	31 - Documento () CNS () CPF	32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante
33 - Nome do Profissional Solicitante CRM-PE 3601	34 - Data da solicitação	35 - Assinatura e carimbo (nr. do registro do conselho)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ da Seguradora	40 - Nr. do Bilhete
37 - () Acidente de Trabalho típico	42 - CNPJ da Empresa	43 - CNA da Empresa
38 - () Acidente de Trabalho trajeto		
45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nr. Autorização de internação hospitalar
48 - Documento () CNS () CPF	49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador	Conferido Com Documento Original Bezerras PE 190618 Hospital Jesus Pequeno 190618
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N. do Registro do Conselho)	

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_01 - LEITO-05
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 499849 Data: 03/05/2018 Hora: 10:45
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. IRON ALVES SILVA

Recepç.: NAYALLI
Matricula: 700005601390309
Identidade:
Cartão SUS: 700005601390309

Paciente: 119243 JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
Nascimento: 31/01/1970 - 48 Anos e 3 Meses
Endereço: SÍTIO CATOLE DO NAPOLEAO,
Bairro: ZONA RURAL CEP:
IBGE/Cidade: 2604155 CASINHAS UF: PE
Pai: SEVERINO ORESTE DO NASCIMENTO
Mãe: SEVERINA CABRAL DE LIMA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:
Est. Civil:
C.P.F. 71594515468
Identidade: 3900493 SSP PE
Telefone: 8173199516
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs.: ORTOP 440694

Queixa do Paciente:

do c/ dor em punho
do c/ punho fraco e q, após
travando

Exame Físico:

RX



FRATURA PUNHO ESQ

Tratamento:

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 29/05/18
Hospital Jesus Pequeno
Bezerras, 03 de maio de 2018
Assinatura e Carimbo do Médico

Assinatura e Carimbo do Médico
Iron Alves
CRM 2601

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO		NÚMERO DO REGISTRO 119243
CLÍNICA ORTOPÉDICA		
CIRURGIÃO RONALDO EVANGELISTA		
ANESTESIA SEDAÇÃO		ANESTESISTA DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 04/05/2018		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO		
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO		
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA		
DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO		
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO DO RADIO DISTAL DIREITO 3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTEREIS 4. COM PACIENTE SOB NARCOSE, REALIZADA A MANOBRA DE REDUÇÃO DA FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO + FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE KIRCHNER 5. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA 6. CURATIVO		



[Handwritten Signature]
Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM 3784

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 19/04/18
Hospital Jesus Pequeno

[Handwritten Signature] 03/03
A.12 André
F. 123456789
CREG 123456789

IDENTITY

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
Nº 013933969653
VIA COD. RENAVAM 1049469094
RUBRIC

EXERCICIO 2018

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

CLASSIFIED - DE

15.945-154-66 QTY/CHG:

PLAZA ANT / L'ET / 1980

9C2KC1670FR520284

PAS /MOTOCICLETA

HONDA/CG150 START

12547/31

IPVA 2018 QUITADO

FADIA LEMMA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

EGURO PAGE

PTD	GOVERNADOR
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
32	
33	
34	
35	
36	
37	
38	
39	
40	
41	
42	
43	
44	
45	
46	
47	
48	
49	
50	
51	
52	
53	
54	
55	
56	
57	
58	
59	
60	
61	
62	
63	
64	
65	
66	
67	
68	
69	
70	
71	
72	
73	
74	
75	
76	
77	
78	
79	
80	
81	
82	
83	
84	
85	
86	
87	
88	
89	
90	
91	
92	
93	
94	
95	
96	
97	
98	
99	
100	

L. FID. ADM CONS NAC HONDA LTDA

ASINHAS *[Signature]* DATA 09/03/18

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

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

PE Nº 013933969653 BILHETE DE SEGURO DPVAT
JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralder.com.br
SAC 0P VAT 0800 022 1204

А.С.ИМНАЗ-РЕ

VIA _____ CINE FONDUJ _____
715-945-154-60

049469094

015 09

PRÊMIO TARIFÁRIO -

SEGURO PAGO

1

SEGURO LÍDER - DPVAT

0000-0001-9348-4000

[illegible]

COMPRESA IDA PRESENCIA SIA

28 MAI 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190350225 **Cidade:** Casinhas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 8.

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 punhos	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: 3190350225 **Cidade:** Casinhas **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIOS DE KIRSCHNER. ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: BOLETIM OPERATÓRIO NA PÁGINA 8.

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 punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0180688/19

Vítima: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

CPF: 715.945.154-68

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 29/04/2018

Titular do CPF: JOSEFA LIMA DO
NASCIMENTO

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO : 715.945.154-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/05/2019
Nome: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
CPF: 715.945.154-68

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/05/2019
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350225

Vítima: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

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 Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190350225

Vítima: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000001295

Conta: 0000011168-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	715.945.154-68	Jozefa Lima do Nascimento
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Jozefa Lima do Nascimento	
Profissão:	Endereço:	CEP:
Recebeu-se	St. Catole do Napoléao	715.945.154-68
Bairro:	Cidade:	Estado:
Rasinha	Rasinha	PE
E-mail:	CEP:	
	55755-000	
	Tel. (DDD):	
	81 3192583087	

RENTA 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

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

PROTOCOLADO

DATA: 28 MAI 2019

LOCAL: RECIFE

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

☒ 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorciado ☐ 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: Vivos: Falecidos:		Vítima deixou nascituro (vai 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 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.

Local e Data, Osasmas 24/09/09
Nome _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 124ª CIRCUNSCRIÇÃO - CASINHAS - DP124ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC



BOLETIM DE Ocorrência Nº. **18E0214000274**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **31/10/2018** às **15:24**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/4/2018** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO CATOLÉ DE NAPOLEÃO** - Bairro:
ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO**



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

JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA CABRAL DE LIMA** Pai: **SEVERINO ORESTE DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **31/1/1970** Nacionalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3900493/SDS/PE (RG), 71594515468 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81973199516**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO CATOLÉ DE NAPOLEÃO - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 START** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGZ7425** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **104946909** Chassi: **9C2KC1670FR520284**
Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O PRESENTE BOE VEIO A SER LAVRADO APÓS COMUNICAÇÃO DO FATO PELA VÍTIMA DE NOME JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO. SEGUNDO A NOTICIANTE, O ACIDENTE ACONTECEU QUANDO A MESMA ESTAVA SUBINDO UMA LADEIRA E PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA, VINDO A CAIR NO SOLO E, POR CONSEQUÊNCIA DA QUEDA, FRATUROU O PUNHO ESQUERDO. A NOTICIANTE REQUEREU O REGISTRO DA OCORRÊNCIA NA INTENÇÃO DA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT. DITO ISTO, ENCERRO O PRESENTE BOE.

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

Josefa Lima do Nascimento
JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO
(VITIMA)

B.O. registrado por: **CLAUDINO ALVES DA NÓBREGA FILHO** - Matrícula: **3875288**



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:	Nome completo da vítima:	
	715945.154-68	Josefa Lima do Nascimento	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Josefa Lima do Nascimento		715945.154-68	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Recebe-se	St. Catole do Napoleão	1510	
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Pariniba	Pariniba	PE	55755-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(81) 92583087		

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

REDA 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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)		Nome do BANCO: 28 MAI 2019	
AGÊNCIA: 1295	CONTA: 111 68	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(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.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ 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:
	Vivos: Falecidos:	Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		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.

Local e Data, Pariniba 24/04/19
Nome:
CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Josefa Lima do Nascimento
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____
2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

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: 11/06/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEFA LIMA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000011168-6

Nr. da Autenticação F135826588A1D5D5