

# 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: 29/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: JOSIVANIA DA SILVA MELO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03893

CONTA: 000000015268-0

---

Nr. da Autenticação 1873C07B36B8E3C8

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190439822 **Cidade:** Poço Redondo **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSIVANIA DA SILVA MELO **Data do acidente:** 27/03/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 24/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE CALCÂNEO ESQUERDO. (P4)

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA. (P1)

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** CONFORME RELATÓRIO MÉDICO DE 11/07/2019 ASSINADO PELO DRº ROBSON CARDOSO A. JÚNIOR. (P1)

**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 pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

**Rio de Janeiro, 04 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190439822**

**Vítima: JOSIVANIA DA SILVA MELO**

**Data do Acidente: 27/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSIVANIA DA SILVA MELO**

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\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

**Recebedor: JOSIVANIA DA SILVA MELO**

**Valor: R\$ 675,00**

**Banco: 104**

**Agência: 3893**

**Conta: 0000015268-0**

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:  
060-616-265-84 Josivania da Silva Melo

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

Nome completo: Josivania da Silva Melo CPF: 060-616-265-84  
Profissão: Domadora Assent Maria Feitosa Número: 316 Complemento: Casa  
Bairro: Area Rural Cidade: Poco Redondo Estado: SC CEP: 49940-000  
E-mail: Marcosdegilma@gmail.com Tel.(DDD): 79-99918-9207

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

## 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: 8993 CONTA: 15268 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (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: Poco Redondo, 22 de Julho de 2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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

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





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060052/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/06/2019 11:51

Data/Hora Fim: 05/06/2019 11:52

Delegado de Polícia: Fabio Santos Santana

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Municipal de Poço Redondo

Data/Hora do Fato: 27/03/2019 07:00

Local do Fato

Município: Poço Redondo (SE)

Bairro: Povoado Sta Rosa

Logradouro: Rodovia Estadual Santa Rosa do Ermirio

CEP: 49.810-000

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSIVANIA DA SILVA MELO (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: SE - Itabaiana

Sexo: Feminino

Nasc: 15/04/1992

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Cicera da Silva Melo

Nome do Pai: Jose Alves de Melo

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

Logradouro: Assentamento Maria Feitosa

CEP: 49.810-000

Telefone: (79) 99603-3865 (Celular)

Nome Civil: MANOEL ALVES DE SOUSA (SEM PARTICIPAÇÃO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 74

Estado Civil: Viúvo(a)

Endereço

Município: Poço Redondo - SE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 236.201.025-20	Placa IAD0276
Renavam 923028722	Número do Chassi 9C2KC08107R172090
Ano/Modelo Fabricação 2007/2007	Cor VERMELHA
UF Veículo Sergipe	Município Veículo Carindé de São Francisco
Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------

Delegado de Polícia Civil Fabio Santos Santana  
Impresso por: Cleber Martins da Silva  
Data de Impressão: 05/06/2019 11:53  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

INVESTPREV

22 JUL 2019



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE  
POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE POÇO REDONDO - POÇO REDONDO - SE



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 060052/2019-A01

Nome Envolvido

Josivania da Silva Melo

Envolvimentos

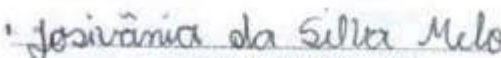
Exibidor

### RELATO/HISTÓRICO

NARRA a noticiante que pilotava uma motocicleta pertencente ao seu sogro MANOEL ALVES DE SOUSA, pela Rodovia Estadual de Santa Rosa do Ermirio, quando ao tentar entrar em uma estrada vicinal, colidiu com uma outra que também fazia a mesma manobra; QUE ao cair sobre a pista de rolamento sofreu fraturas na perna esquerda, sendo socorrida por populares e conduzida a UPA POÇO REDONDO, e em seguida transferida para o Hospital da cidade de Itabaiana; Que registra o boletim de ocorrência para fins seguritários. É o relato.

### ASSINATURAS

  
Jose Roberto de Melo Santos  
Delegado de Polícia Civil  
R. P. J. A. Classe  
Metrícula 30671647

  
Josivania da Silva Melo  
(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (ou) sim(o) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que do originar, conforme previsto nos Artigos 339-Comunicação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

INVESTPREV

22 JUL 2019



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:  
060-616-265-84 Josivania da Silva Melo

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

Nome completo: Josivania da Silva Melo CPF: 060-616-265-84  
Profissão: Homossexual Assent Maria Feitosa Número: 316 Complemento: Casa  
Bairro: Area Rural Cidade: Poco Redondo Estado: SC CEP: 49940-000  
E-mail: Marcosdegilma@gmail.com Tel.(DDD): 79-99918-9207

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

## 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: 8993 CONTA: 15268 0  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (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: Poco Redondo, 22 de Julho de 2019  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Josivania da Silva Melo  
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

## TESTEMUNHAS

1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

INVESTPREV

Assinatura  
22 JUL 2019

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

Assinatura

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

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



hor 08:44

Ata



**PREFEITURA MUNICIPAL  
DE POÇO REDONDO**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ficha de Assistência a Saúde

Nº DE  
INSC.

71.334

UNIDADE DE SAÚDE:

**UPA24h**

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO  
DONA ZULMIRA SOARES

NOME:

Jasivonia da Silva Melo

DATA:

27/03/2019

APELIDO:

DATA DE NASCIMENTO: 15/04/92  
26a

SEXO:

F

FILIAÇÃO:

PAI: Jasi Alves de Melo

MÃE: Maria Cícera da Silva Melo

ENDEREÇO:

R. Sst Maria Fritze

REFERÊNCIA: 03

PROFISSÃO

Agricultor

RESPONSÁVEL:

**QUADRO AUXILIAR ANAMNESE**

ALERGIA ☐  
CARDIOPATIA ☐  
DIABETES ☐  
EPILEPSIA ☐

HANSENIASE ☐  
HEMORRAGIA ☐  
HEMOFILIA ☐  
HIPERTENSÃO ☐

PSICOPATIA ☐  
TUBERCULOSE ☐  
TIPO DE SANGUE ☐

DATA

ANAMNESE - EXAME - DIAGNÓSTICO - CONDUTAS

ASSINATURA

Pt refere história de acidente por queda de moto. Queixa de dor em 1/3 distal de M.E. Nega dor à mobilização.  
Rx: fratura posterior de 1º cefalico, completo (limite proximal do cotovelo)  
Hx: Fratura de cotovelo  
① Imobilização  
② Autotratamento

Dr. Marcelo Gomes Souza  
CRM/SP 2983

INVESTPREV

22 JUL 2019



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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu JOSE MARCOS D.O. ROSA inscrito (a) no CPF sob o Nº 020.003.675-00 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Josivanira Da Silva Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.616.265 / 84 do sinistro de DPVAT cobertura Imobilizável da Vítima Josivanira Da Silva Melo inscrito (a) no CPF sob o Nº 060.616.265 / 84, 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 Dos Silves</u>		Número <u>217</u>	Complemento <u>Exercentario</u>
Bairro <u>Brasilia</u>	Cidade <u>J. Gra Da Gloria</u>	Estado <u>SE</u>	CEP <u>49.680-000</u>
Email <u>marcondgloia@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD) <u>79.9918 9207</u>	Telefone celular (DDD) <u>79.9925 2568</u>

J. Gra Da Gloria, 27 de Julho de 2019  
Local e Data

JOSE MARCOS DE OLIVEIRA ROSA  
Assinatura do Declarante

**INVESTPREV**

22 JUL 2019

**RECEITUÁRIO**

Nome: Jermom do Sil Melo

Paciente vítima de acidente  
de moto em 27.03.2019  
com fraturas porções e pé  
esquerdo (colúmbes) com  
sequela porções. Hoje  
encontra-se de alto definh.

(CN): 592.0

  
Dr. Roberto Campos A. Junior  
CRM 1222

Ass. e Carimbo / CRM

11  
07  
2019  
Data

**INVESTPREV**

22 JUL 2019



MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 638899  
CNS:DATA: 27/03/2019 HORA: 14:56 USUARIO: FPSANTANA  
SETOR: 04-ORTOPEDIA

## IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : JOSIVANIA DA SILVA MELO  
IDADE.....: 26 ANOS NASC: 15/04/1992  
ENDEREÇO.....: ASSENTAMENTO CANADA  
COMPLEMENTO....: CASA BAIRRO: ZR  
MUNICIPIO.....: POCO REDONDO  
NOME PAI/MAE...: JOSE ALVES DE MELO  
RESPONSÁVEL....: O PROPRIO  
PROCEDENCIA....: POCO REDONDO - SE  
ATENDIMENTO....: OUTROS  
CASO POLICIAL..: NAO  
ACID. TRABALHO: NAO

DOC....: 70198888  
SEXO...: FEMININO  
NUMERO:  
UF: SE CEP....: 49810-000  
/MARIA CICERA DA SILVA  
TEL....: 000

PLANO DE SAUDE.....: NAO  
VEIO DE AMBULANCIA: NAO  
TRAUMA: NAO

PA: [ ] X mmHg ] PULSO: [ ] ] TEMP.: [ ] ] PESO: [ ] ]

EXAMES COMPLEMENTARES: [X] RAIO X [ ] SANGUE [ ] URINA [ ] TC  
[ ] LIQUOR [ ] ECG [ ] ULTRASSONOGRAFIATéc. Radiologia  
CRM 004677

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [ ] NAO

DADOS CLINICOS:

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## ANOTACOES DA ENFERMAGEM:

Raio X: Perna esquerda.

DIAGNOSTICO:

Fratura LS

CID:

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

TAC 750

Felix Antonio Lopez Freitas  
Ortopedia - Traumatologia  
CRM-SE 5059  
OAB 2057-2

DATA DA SAIDA: / /

ALTA: [ ] DECISAO MEDICA [ ] A PEDIDO [ ] EVASAO [ ] DESISTENCIA  
[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO

INTERNACAO NO PROPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [ ] ATE 48HS [ ] APOS 48HS [ ] FAMILIA [ ] IML [ ] ANAT. PATOL

Assinatura do Paciente/Responsável

ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO



UNIDADE MISTA DE SAÚDE  
D. ZULMIRA SOARES

GUIA DE  
TRANSFERÊNCIA  
HOSPITALAR

DADOS DO PACIENTE

NOME: Carivania da Silva Melo

SEXO: ☒ FEM. ☐ MASC. IDADE: 26 anos ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DESTINO DO PACIENTE: Hospital Comunitário SUS

DESCRIÇÃO DO QUADRO CLÍNICO:

Fratura de colomna esquerda

MEDICAÇÃO UTILIZADA E EXAMES COMPLEMENTARES:

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Dor e dificuldade de locomoção

INVESTPREV

22 JUL 2019

MÉDICO QUE ACOMPANHARÁ: \_\_\_\_\_

MÉDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO: \_\_\_\_\_

**BS.: ENCAMINHAR FOTOCÓPIA DOS EXAMES REALIZADOS**

UPA Pólo Ribeirão  
Unidade Hospitalar

27/03/2019  
Local e Data

Dr. Marcelo Guedes Souza  
CRM 1083  
Ass. do Médico





ESTADO DE SERGIPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### RECEITUÁRIO

Nome: priscila de oliveira Melo

Ato de por os dados das que  
e presente da entrada na UPA 24h  
de São Paulo no dia 27/03/19  
relatando que de modo a no Rev-x  
do MIE apresentar natureza de  
lesões e está de alta Hospitalar

CID: S92.0

STEVÃO F. DE CARVALHO  
CRM: 5826/SE

Ass. e Carimbo / CRM

22/08/19  
Data

INVESTPREV

09 AGO 2019



INVESTPREV

22 JUL 2019



**PROCURAÇÃO PARTICULAR PARA FINS ESPECÍFICOS DE  
PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

Por este instrumento particular, eu ( nome completo) Josivanima da Silva Melo  
( nacionalidade ) Brasileiro , ( profissão ) harradara , portador da cédula  
de identidade RG nº 7.019.888-8 , emitido pela SSP / ( UF ) SE ,  
inscrito sob o CPF nº 060.616.265-84 , residente na ( endereço  
completo ) Assent Maria Feitosa S/N , na cidade de  
Raposo Alegre , ( UF ) SE , CEP 49810-000 , nomeio e  
constituo meu procurador , ( nome do representante ) Jose Manoel de O. Rosa  
( nacionalidade ) Brasileiro , ( profissão ) Consultor , portador da cédula  
de identidade RG nº 21293829 , emitido pela SSP / ( UF ) SE ,  
inscrito sob o CPF nº 020.003.675-00 , residente na ( endereço  
completo ) Rua Das Flores nº 217 , na cidade de  
Itaqui , ( UF ) SE , CEP 49680-000 , a quem confiro  
amplios e gerais poderes para , tratar , requerer, assinar papéis e  
documentos que se faça necessário para fins de **SOLICITAÇÃO DO  
SEGURO DPVAT** da vítima ( nome da vítima ) Josivanima da Silva Melo  
junto à **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT** .

( local e data ) Raposo Alegre; 18.07.2019



( assinatura ) Josivanima da Silva Melo

( RG ) 7.019.888-8

**INVESTPREV**

22 JUL 2019



OBS: ( a assinatura deve ser reconhecida por AUTENTICIDADE )