



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

Dados do Processo

Processo: 202052000796	Distribuição: 21/07/2020
Número Único: 0003375-36.2020.8.25.0034	Competência: 1ª Vara Cível de Itabaiana
Classe: Procedimento Comum	Fase: POSTULACAO
Situação: Andamento	Processo Principal: *****
Processo Origem: *****	

Assuntos

- DIREITO CIVIL - Responsabilidade Civil - Seguro Obrigatório - Invalidez

Dados das Partes

Requerente: WALMIR TORQUATO DE FARIA
Endereço: RUA FRANCISCO OLIVEIRA
Complemento: NÃO CONSTA
Bairro: CENTRO
Cidade: ITABAIANA - Estado: SE - CEP: 49500000
Requerente: Advogado(a): ELIELMA FERREIRA DAS CHAGAS 3967/SE
Requerido: SEGURADORA LIDER
Endereço: Rua Senador Dantas
Complemento: 5º andar
Bairro: Centro
Cidade: Rio de Janeiro - Estado: RJ - CEP: 20031205
Requerido: Advogado(a): KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ 2592/SE



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

**1ª VARA CÍVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00**

Processos Apensados:

--

Processos Dependentes:

--



**Poder Judiciário
Do Estado de Sergipe**

1ª VARA CÍVEL DE ITABAIANA DA COMARCA DE ITABAIANA
Av. Dr. Luiz Magalhães, Bairro Centro, Itabaiana/SE, CEP 49500000
Horário de Funcionamento: 07:00 às 13:00

PROCESSO:

202052000796

DATA:

01/09/2020

MOVIMENTO:

Juntada

DESCRIÇÃO:

Juntada de Petição Avulsa do Advogado/Procurador/Defensor/Promotor KELLY CHRYSTIAN SILVA MENENDEZ (2592-SE) ao processo eletrônico. Protocolizado sob nº 20200901124702441 às 12:47 em 01/09/2020.

LOCALIZAÇÃO:

Secretaria

PUBLICAÇÃO:

Não

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: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALMIR TORQUATO DE FARIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000025706-0

Nr. da Autenticação E11676130F7A64A5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190584261 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

WALTER TORQUATO DE FARIA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1415101793

DOC. IDENTIFIC. FORM. EXIBIDOR 27145581
CPF 078.831.018-89
EXTR. ANEXO 17/10/1991

ALMA MORDE DE FARIA
MMA MARIA TORQUATO

Nº REGISTRO 02504786033
VIGÊNCIA 21/03/2020
PRAZOS 21/01/1991

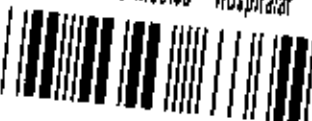
COLOM. ARACAJU, SE

1415101793

PROTEÇÃO PLÁSTICA

SÉRGIOPE

17015447440
20019153408

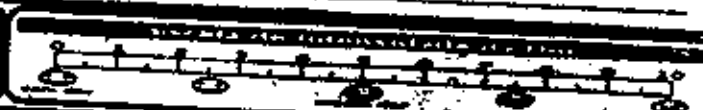


☐ BUSCA ESPONTÂNEA ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ SAMU ☐ CORPO DE BOMBEIRO
☐ AMBULÂNCIA ☐ GESTANTE ☐ ACIDENTE DE TRABALHO

Duração da Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico:

Alérgico: ☐ Sim ☐ Não, Qual?

História Pregressa: ☐ DM ☐ Cardiopatias
☐ HAS ☐ Eritema ☐ Tabagista



Sinais Vitais:

PC (bpm)	FR (bpm)	SP (mmHg)	Tem (°C)	PA (mmHg)	GCC (ml/min)	Peso (kg)	Abundância	Resposta	Resposta	TOTAL

Escala de Coma de Glasgow:

Sistema Nervoso		Sistema Respiratório		Sistema Cardiovascular	
Consciente	Inconsciente	Espasmo	Tosse	Normocárdico	Hipotensão
Orientado	Desorientado	Ortopneia	Hemoptise	Hipertensão	Normotensão
Torpor	Confusão	Taquipneia	Secreção	Dor Torácica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Précardiologia
Isotúria	Midiária	Dispneia	Brulhameco	P. Rítmico	P. Arritmico
Anisúria	Mione			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Sistema Genito-urário

Sistema Osteomuscular

Filicido	Hematemese	Anúria	Michúria	C/Sedimentos	Artralgia	Artralgia
Globozo	Malena	Colúria	Hematuria	Glândula	Cervicalgia	Lombalgia
Emese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmo	Cãibras
Pirose		Disúria	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplegia
Diarréia		Bexiga	Linéu - Clam		Paraplegia	
Rígido		Diurese Concentrada			Susp. Fratura/Qual?	

Uso de Medicamento: ☐ Não ☐ Sim
 Qual?

Especialidade: ☐ Clínica ☐ Cirúrgica ☐ Pediátrica ☐ Ortopédica ☐ Enfermeiros

Classificação de Risco

Hora de Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

Anotação de Enfermagem

06/01/2011 14h 01min
 FAS - 05 02 52.02 (MAN 2)
 06/01/2011 14h 01min
 APM 06/01/2011 14h 01min

Dr. Leonardo Passos
 Chefe do Serviço
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 46897-0/SP

AVALIAÇÃO 20

14/01/2011 14h 01min

Nega olegia medicamentosa

MS/DATASUS

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

NO. DO BE: 671446
CNS:

DATA: 10/06/2019 HORA: 08:36 USUARIO: PISGMORENO
SETOR: 05-SUTURA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : WALDIR TORQUATO DE FARIA
IDADE : 60 ANOS NASC: 17/10/1958
ENDERECO : RUA FRANCISCO OLIVEIRA
COMPLEMENTO : CASA BAIRRO: CENTRO
MUNICIPIO : ITABAIANA UF: SE CEP : 49500-000
NOME PAI/MAE : ALMIR LOPES DE FARIA / ANA MARIA TORQUATO
RESPONSAVEL : O MESMO
PROCEDENCIA : ITABAIANA - CENTRO - SE
ATENDIMENTO : ATERCELAAMENTO
CASO POLICIAL : NAO PLANO DE SAUDE : NAO TRAUMA : NAO
ACTO. TRABALHO : NAO VEIO DE AMBULANCIA : NAO

PA: [] X [] SEXO: [] TEMP: [] PESO: []

EXAME FÍSICO: [] RAI-X [] SANGUE [] URINA [] TC
[] ECG [] ULTRASSONOGRAFIA

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

DADOS CLINICOS:

DATA DE INICIO DOS SINTOMAS:

Paciente vítima de alvarosamento por m. Oculocelular, sofrido trauma na mão e contusões no dorso e M.E. C. entredos deambulando. A = B = C = D = sem alteração.
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:
M.E. - edema e hematoma na mão esquerda

DIAGNOSTICO:

CID:

PRESCRIÇÃO

HORARIO DA MEDICACAO

- ① Difenidol 100 mg, IM, no momento;
- ② Dipirona 500 mg, IM, no momento;
- ③ Analgésico de Difenidol
- ④ Liberado de Curativos Gerais

REC. EM ENFERMAGEM
COREIA S. MORENO

DATA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

ALTA: [] DECISAO MEDICA [] FORTI [] CASSA [] DESISTENCIA
[] ENCAMINHADO AO AMBULANCIA
INTERMACAO NO PROPRIO HOSPITAL (CENSO):

TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):

OBITO: [] ATE 48HS [] APÓS 48HS [] SEM [] ANAT. PATO

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Rx - fratura do 4º DCE

Dr. Alexandre Pereira
Cirurgia Geral RGE nº 1665
Cirurgia Vascular RGE nº 1133
CRM-SE 2475

EQUIPAMENTO 1

Pág Diagrama

ID Amost 005

RRTT R5 TB

Tipo Am

Patient

SEQ# 9633 IDOF 16/06/2019

Nome Pac WALMIR TORQUATO DE FARIAS

DN

17/10/1951

Sex Ignorado

Corrida 27/6/2019 16:35

ID Pac AMB.

DT/HR Coleta

Test CBC

Dr.

Obs 1

Modo Fechado Param 1

Anotação

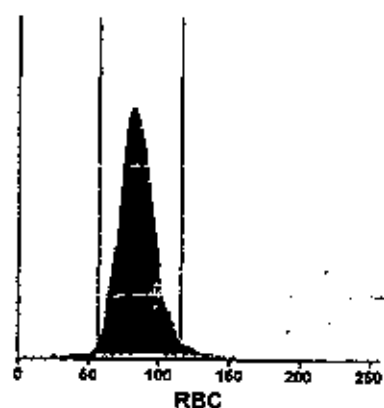
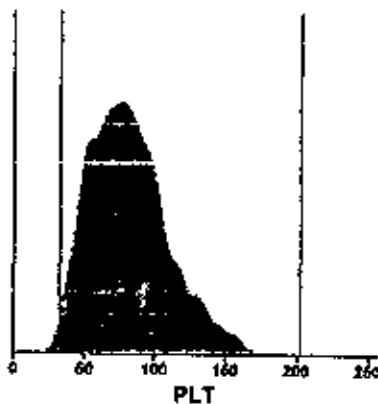
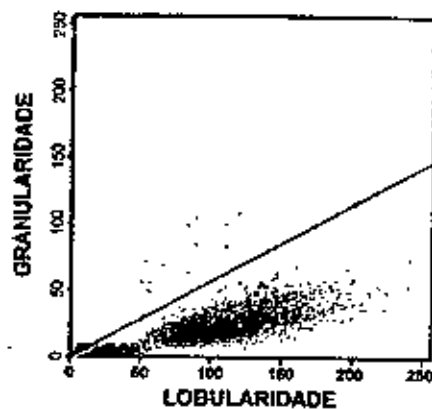
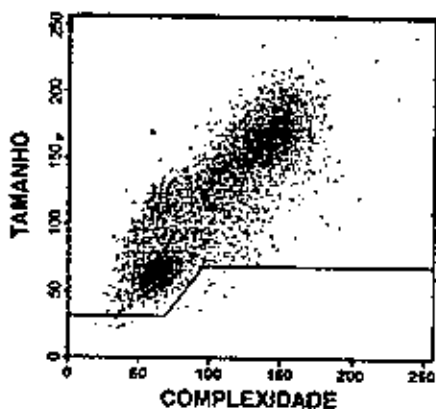
Obs 2

Limites Padrão (1)

WBC 6.44 10e3/uL
NEU 3.87 61.6 %
LYM 1.80 28.0 %
MONO .562 8.72 %
EOS .012 .193 %
BASO .097 1.50 %

RBC 6.27 10e6/uL
HGB 14.6 g/dL
HCT 44.9 %
MCV 85.3 fL
MCH 27.7 pg
MCHC 32.5 g/dL
RDW 13.5 %

PLT 143. 10e3/uL
MPV 6.17 fL



DIFERENCIAL MANUAL		MORFOLOGIA HEM	
NEU	META	NORMAL	MICRO
BAND	MIELO	POLICROM	MACRO
LYM	PRO	HIPOCROM	ANISO
MONO	BLASTO	POIQ	BASOPONT
EOS	LIN VAR	ALVO	
BASO	GRANTOX	ESFERO	NRBC

NOTA	
DIF POR	DATA

LIM. REF			
WBC	4.00-10.0	RBC	4.30-5.80
NEU	1.60-8.00	HGB	11.5-15.7
LYM	.800-4.00	HCT	40.0-52.0
MONO	.800-1.00	MCV	78.0-96.0
EOS	.400-.600	MCH	27.0-32.0
BASO	0.00-.200	MCHC	31.0-36.0
		RDW	11.0-16.0

INTERPRETAÇÃO

LEUC _____ HEM _____ PLT _____

ANORMAL DEF. POR USUÁRIO :

PLT Microcítica

TP - 15,2
ATV - 89,6 %
INR - 1,06
TTPA - 30,7

Dr. Carlos A. F. Lisboa
RUA NCA
1000



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HUSE

AMBULATÓRIO DE RETORNO

MÉDICO: Constance

SPECIALIDADE: _____

ATA DO RETORNO: 2510719

ORA: 13:00

[REDACTED]

3234-3412



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE
PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

DATA 08/08/2013

NOME: Valmir Torquato de Faria

☐ AIH - RELATÓRIO MÉDICO

☒ FAE ☐ ENXAM

TELEFONE DO SETOR: (079) 3432-9280

OBS: O PRAZO DE ENTREGA PARA A (FAE) É 20 DIAS E A (AIH) 40 DIAS

Thiago Farias da Silva

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO SETOR



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

AV. TANCREDO NEVES, 7501 - CAPUCHO
ARACAJU - SE



Nº DO PROTOCOLO:

2405

DATA:

25/07/19

TIPO DE DOCUMENTO SOLICITADO

() CÓPIA DO PRONTUÁRIO () RELATÓRIO MÉDICO () FAE () DECLARAÇÃO

NOME:

Walmir Jorge de Faria

ATENÇÃO

Para retirada de documentos, caso não seja o próprio requerente, é necessário comprovar parentesco, filhos, pais ou irmãos registrados. Em qualquer outra situação somente através de Procuração Pública.

É indispensável a apresentação deste comprovante de solicitação, a falta deste, implicará a retirada do documento.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

AV. TANCREDO NEVES, 7501 - CAPUCHO
ARACAJU - SE



1. Para a consulta do documento solicitado, é recomendável que seja feita após 01 (um) mês da data do pedido, devido ao grande número de solicitações.
2. A consulta do documento solicitado será feita pelo TEL: (79) 3234-3420 de segunda à sexta das 8h às 17h. Feriados, o Setor de Protocolo não funciona.
3. No ato da consulta do documento solicitado, informar sempre o NÚMERO DO PROTOCOLO.
4. Recomendamos guardar este comprovante, pois ele é importante para a consulta e entrega do documento solicitado.

30 a 120+



HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FRANCO

ATESTADO MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Atesto para aos devidos fins, que o (a) Sr.(a):
WAGNER LOPES ALMEIDA
foi atendido no Hospital Regional José Franco no dia:
02/10/19 às 7 horas, necessitando de
40 dias (Quarenta) dias de afastamento de suas
atividades.

CID.: _____ (autorizado pelo(a) paciente)

Wagner L. Almeida
Médico Responsável
CRM 5101

Assinatura do Médico Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME: WALMIR D. YG. GUT. DE A.

RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO: F. 20 - FALCOP. PROXIMO AO
43 ANO

PROCEDIMENTO: F. 20

DATA DA INTERNAÇÃO: 01, 02, 19

DATA DO PROCEDIMENTO: 02, 07, 19

DATA DA ALTA: 02, 07, 19

ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados

- **NÃO** retirar tala ou curativo

- Retorno no HUSE com Dr. CONSILIO

no dia 01, 07, 19

Walter Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM 18.201-1

Laudo de Ecg

Unidade: Huse - Hospital de Urgência de Sergipe - Aracaju - SE

Hora Chegada: 17:04

Hora Saida: 17:08

Paciente: VALMIR TORQUATO DE FARIAS HUSE 27.06.2019

Idade: 67

Médico: Dr. Luiz César D. Nascimento

Data Exame: 27/06/2019

Registro do Traçado: 01

Ritmo: Sinusal

Frequência Cardíaca: 53 bpm

SÂQRS: -20°

Conclusão: Eletrocardiograma normal



Dr. Luiz Cesar D. Nascimento
Cardiologia – CRM 3445

Assinatura Eletrônica

Salvador/Bahia, 27 Junho 2019

ECG de Repouso

Exame: 5151

Reg.Clin.:AMB

Data: 27/06/2019

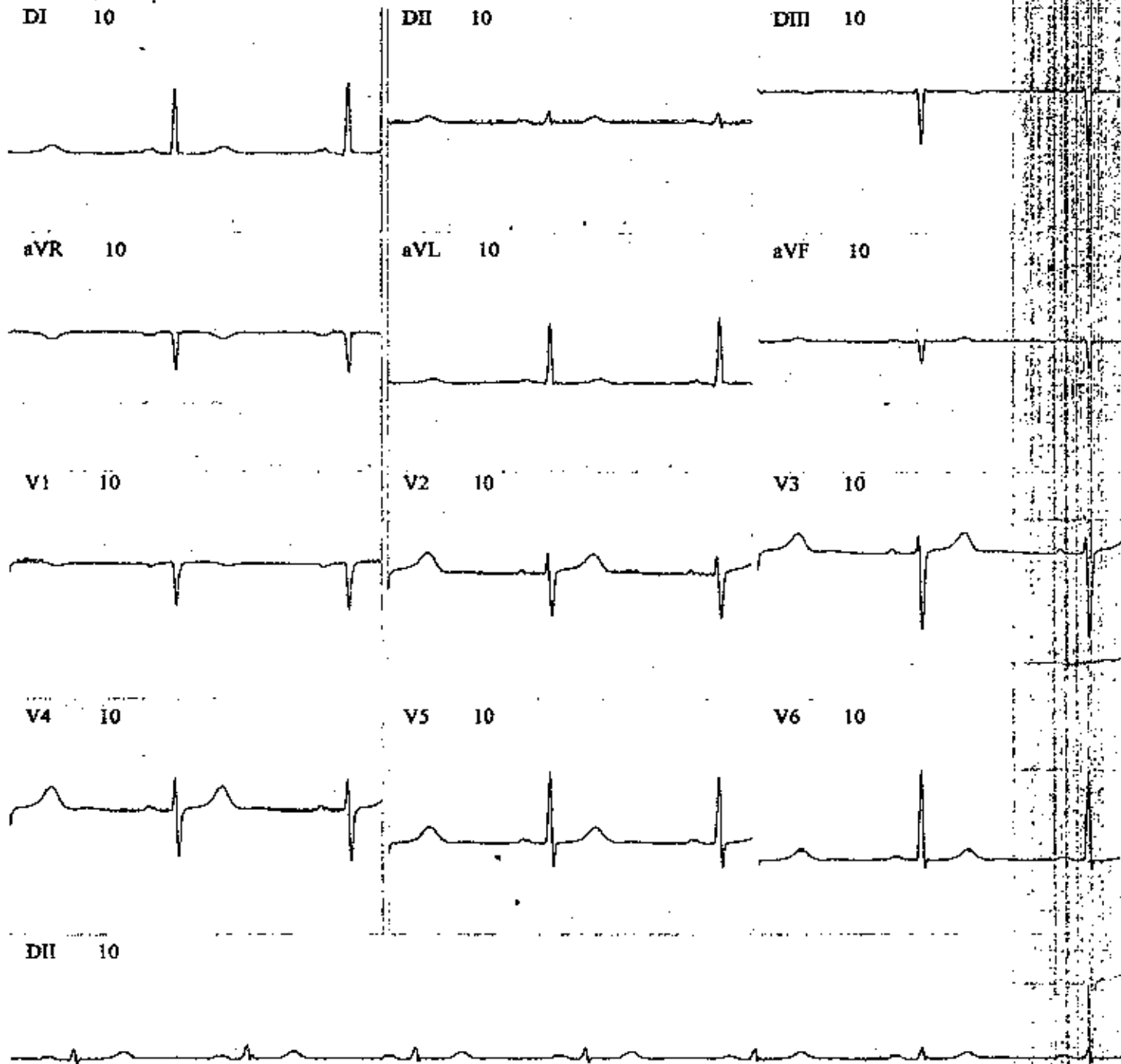
Nome: WALMIR TORQUATO DE FARIA 27.06.19

Nasc.: 17/10/1951

FC 53 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Vel.: 25 mm/s



PRE OPERATORIO

(c) MICROMED Bioteχνologia



ITABAIANA
Forte como seu povo

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

FUNDO MUNICIPAL MUNICIPAL
DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Waldir Perquato de Faria

- USG abdominal

19/08/15
Dr. Estan Carlos Santana
Médico
CRM 8667



ITABAIANA

Forte como o seu povo

PREFEITURA MUNICIPAL
DE ITABAIANA

FUNDO MUNICIPAL
DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: *Valmir Torquato de Faria*

BIOQUÍMICA:

- ☒ Ácido Úrico
- ☐ Albumina
- ☐ Amilase
- ☐ ASLO
- ☐ Bilirrubina Total
- ☐ Direta e Indireta
- ☐ C3, C4, CH50
- ☐ Cálcio Iônico
- ☐ Cálcio Total
- ☐ CK-MB
- ☐ Cloro
- ☐ CTR Total
- ☒ Creatinina
- ☐ Enz. Reumatóide
- ☐ Ferro Sérico
- ☐ Ferritina
- ☐ Fosfatase Alcalina
- ☐ Fosfo éster
- ☒ Fosfatase Alcalina
- ☐ Fósforo
- ☐ Frutosemina
- ☒ Gama GT
- ☒ Glicemia Jejum
- ☐ Glicemia Pós-prandial
- ☒ Hb Glicosilada
- ☐ Lipase
- ☒ Lipoproteínas
- ☐ Magnésio
- ☐ Prot. C Reativa
- ☐ Prot. C Reativa
- ☐ Triacetoníd
- ☒ Potássio

- ☐ Prot. Total e Fracções
- ☒ Sódio
- ☒ TGO/AST
- ☒ TGP/ALT
- ☐ Transferrina
- ☒ Uréia

HEMATOLOGIA

- ☐ Eritrograma
- ☒ Hemograma Completo
- ☐ Leucograma
- ☐ Reticulócitos
- ☐ TC
- ☐ TP
- ☐ TS
- ☐ TTPa
- ☐ VHS

HORMÔNIOS

- ☐ Anti-TPO
- ☐ Beta HCG
- ☐ Estradiol
- ☐ FSH
- ☐ LH
- ☐ Progesterona
- ☐ Prolactina
- ☐ T3 Total
- ☒ T4 Livre
- ☒ TSH Ultrassensível
- ☐ Testosterona Livre e Total

- ☐ Toxoplasmose
- ☐ IgM/IgG
- ☐ VDRL
- ☐ Weller Rose
- ☐ Widal

**IMUNO
HEMATOLOGIA**

- ☐ Coombs Direto
- ☐ Coombs Indireto
- ☐ Grupo Sanguíneo (ABO, Rh)

IMUNOLOGIA

- ☐ Anti HAV IgM/IgG
- ☐ Anti HBS
- ☐ Anti HVC
- ☐ Chagas
- ☐ Citomegalovírus IgM/IgG
- ☐ Dengue
- ☐ HBe Ag
- ☐ HIV I e II
- ☐ IGE Total
- ☐ Mononucleose
- ☒ PSA Livre e Total
- ☐ Rubéola IgM/IgG
- ☐ Teste do Pezinho
- ☐ Toxoplasmose IgM/IgG

EXAMES DE URINA

- ☒ Microalbuminúria
- ☐ Proteínúria 24 horas
- ☐ Sumário de Urina
- ☐ Urocultura c/ Cont. Colônias e Antibiógramas

EXAMES DE FEZES

- ☐ EFF MIF
- ☒ EFF 3 amostra
- ☐ Parasitológico (EFF)
- ☐ Pesquisa de Leucócitos
- ☐ Sangue Oculto Fezes
- ☐ Swab anal (Oxiurus)
- ☐ Coprocultura + TSA

OUTRAS:

()

Just: _____

15/02/19





ITABAIANA
Forte como seu povo

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

FUNDO MUNICIPAL MUNICIPAL
DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Walner Torquato de Faria

- M. A. PA 24h

15/06/19
Dr. Edson Carlos Lima da Silva
Médico
CRM 367

Av. Vereador Olímpio Arcanjo de Santana, 133 Bairro Porto - CEP 49.500-000 - Itabaiana/SE.
Fone: (79) 3431-3366/ E-mail: semaita@infonct.com.br



AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: WALDIR TORRES F.

PL MÃO @
APROBADO +
perfil

[Handwritten signature]

DATA 1/1

MÉDICO (Assinatura e carimbo)

WARMIA TOBACCO DE FARM



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

FLANCOX 500mg.....01 cx
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HS

2 # A CIBACIL
MD

10/06/95

Dr. Leonardo Passos
Cirurgião do Ombro
Ortopedista Traumatologista
CRM-4550 ROR 14308

Avenida 13 de Junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 8432-9200



AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Wagner Roberto Am

RX NAS @ VÍCIOUS +
ACV 12

[Large handwritten signature]

Dr. Constância Tavares L.

DATA 1/1

MÉDICO (Assinatura e carimbo)



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE



Fundação
Hospitalar
de Saúde

AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Walmir Fausto de Faria

Fisioterapia motora — no sessão
na @

F — 1 — folga parcial
de 2 = 805 @

Dr. Vitor Viana
Médico CRM SE 5405
MR. Ortopedia e Traumatologia

DATA 1 / 1

MÉDICO (Assinatura e carimbo)



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME: WILSON DA SILVA DE PA

R_x

ALGINAC 2000

22,00

01 caixa

USO: Oral, 1 comprimido de 8h/8h por 05 dias.

DIPIRONA 500mg

12,00

01 caixa

Uso: Oral, 1 comprimido de 6/6h.

CEFALEXINA 500mg

66,00

28 comp.

Uso: Oral, 1 comprimido de 6/6h por 7 dias.

02/10/19

Welson Santos
MR. Orçamentos e Farmácia
CNPJ 15.519.119/0001-00

Assinatura do cliente

Yenara dos Santos

De acordo com o artigo 4º da Portaria SVS/MS nº 344/98, a responsabilidade pelo controle de qualidade dos medicamentos é do fabricante e do distribuidor.

SA+ FARMACIAS

ÓTICA
NUNES

Rua São Paulo, 167
Fone: (79) 99656-2964
Itabaiana - SE 000315

Nome: Valmir Tereza De Farias
RG: 2.734.568-3 Data de Nasc.: 11/10/1951
End: Rua Francisco M. Vieira, N. 4248
Cidade: Itabaiana Tel: 99820-6174
Vend.: Yngui compra 27/08/19 Entrega: 27/08/19 Médico: ---

OD	☒ Estético	☒ CL	☒ EDO	☒ DNP	☒ AD
OE	☒ Estético	☒ CL	☒ EDO	☒ DNP	☒ AD

TIPO DE ARMAÇÃO

☐ NYLON	☒ ZIL OU FIBRA	☒ NOVA
☐ PARAFUSO	☐ OCULOS ESPORTE	☐ CUENTE
☐ METAL	☐ CLIPON	

ESTADO DA ARMAÇÃO: Nova

MD: Alt: 1,69 P: 3123 ALT: 1,69 DI: 5315
TIPO DE LENTE: Pg 3123 E094 5315 140

TRATAMENTO

COLORAÇÃO

☐ Anti Reflexo	☐ Minilux	☐ ROSA	☐ CINZA	☐ MARROM	☐ G15
☐ Estrucamento	☐ Anti-risco	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ DEGRADÉ

Código de Armazenamento: 3123 Preço: 300,00
Código de Venda: Plasma Subtotal: 300,00 Desc.: --- Total: 300,00

QUANT. PRESTAÇÕES:

FORMA DE PAGAMENTO

VALOR DA PRESTAÇÃO:

☐ Dinheiro	☒ Cartão	☐ Promissória
-----------------------------------	--	--------------------------------------

OBS: Para o cartão 800 6x

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358010/19

Vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA

CPF: 078.631.015-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2019

Titular do CPF: WALMIR TORQUATO DE FARIA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



WALMIR TORQUATO DE FARIA : 078.631.015-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: WALMIR TORQUATO DE FARIA
CPF: 078.631.015-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

WALMIR TORQUATO DE FARIA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA WALMIR TORQUATO DE FARIADATA DO ACIDENTE 10/06/2019 CPF DA VÍTIMA 038.631.015-49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FRANCISCO OLIVEIRANº 4248 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE ITABAIANA UF SE CEP 49509-167E-MAIL _____ TELEFONE (79) 99820-6134

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO 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 CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS☐ NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

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

- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/10/2019IDENTIFICAÇÃO 3445681-SSP/SEASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 03/10/19 MATR. CORREIOS 83280380NOME TASSIO LEITE DA TRINDADEASSINATURA [Assinatura]

Matr. 151728-028-0

COOATAXI - COOPERATIVA ALTERNATIVA DE ITABAIANA LTDA.

CNPJ: 12.920.824/0001-69
Rua Vestia Maria de Góis, nº228 - Itabaiana/SE
Cel.: (79) 99963-6762 / 99829-5109

RECIBO

R\$ **50.0012**

Recebi (emos) de: Volmir Tarquato
à importância supra de R\$: 50.00

Referente a:

Para clareza firmo o presente recibo

Itabaiana/SE, 1 de Agosto de 2019

[Assinatura]
Assinatura

sócio
Nº

COOATAXI - COOPERATIVA ALTERNATIVA DE ITABAIANA LTDA.

CNPJ: 12.920.824/0001-69
Rua Vestia Maria de Góis, nº228 - Itabaiana/SE
Cel.: (79) 99963-6762 / 99829-5109

RECIBO

R\$ **36.00 13**

Recebi (emos) de: Volmir Tarquato
à importância supra de R\$: 36.00

Referente a:

Para clareza firmo o presente recibo

Itabaiana/SE, 22 de Agosto de 2019

[Assinatura]
Assinatura

sócio
Nº

COMTAXI - COOP. MISTA DE TÁXI DE ITABAIANA

CNPJ: 01.680.182/0001-51
Rua Itaporanga S/N - Centro
Cep.: 49.500-000 - Itabaiana - SE

RECIBO

R\$ **50.00**

Recebi(emos) de: Volmir Tarquato

a quantia de 50.00

Referente a:

Para clareza firmo o presente recibo.

18 de Julho de 2019
[Assinatura]
Assinatura

COOATAXI - COOPERATIVA ALTERNATIVA DE ITABAIANA LTDA.

CNPJ: 12.920.824/0001-69
Rua Vestia Maria de Góis, nº228 - Itabaiana/SE
Cel.: (79) 99963-6762 / 99829-5109

RECIBO

R\$ **36.00 11**

Recebi (emos) de: Volmir Tarquato
à importância supra de R\$: 36.00

Referente a:

Para clareza firmo o presente recibo

Itabaiana/SE, 12 de Agosto de 2019

[Assinatura]
Assinatura

sócio
Nº

COMTÁXI - COOP. MISTA DE TÁXI DE ITABAIANA

CNPJ. 01.680.182/0001-51
Rua Itaporanga S/N - Centro
Cep.: 49.500-000 - Itabaiana - SE

RECIBO

R\$ 16,00

Recobi(emos) de DELESEIS ALKAN

a quantia de

Referente a

Para clareza firmo o presente recibo.

25 de 07 de 2012

Assinatura

COOPERATIVA DE TÁXI ITABAIANA

 **COOPERTAXI**

CNPJ. 07.716.692/0001-18
Rua Barão do Rio Branco, 181 - Centro
Itabaiana/SE CEP.: 49.500-000

RECIBO

R\$ 50,00

Recobi(emos) de WALMIR TORQUATO

a quantia de

Referente a

Para clareza firmo o presente recibo.

10 de 08 de 2012
Gilton Rodrigues dos Santos
Assinatura

COMTÁXI - COOP. MISTA DE TÁXI DE ITABAIANA

CNPJ. 01.680.182/0001-51
Rua Itaporanga S/N - Centro
Cep.: 49.500-000 - Itabaiana - SE

RECIBO

R\$ 16,00

Recobi(emos) de Walmar Torquato

a quantia de

Referente a

Para clareza firmo o presente recibo.

30 de 07 de 2012

Assinatura

COOATAXI COOPERATIVA ALTERNATIVA DE TAXI DE ITABAIANA LTDA

CNPJ.: 12.920.824/0001-69
Rua Vesta Maria de Gois, 228 - Itabaiana/SE
Tel.: 9824 - 5242 / 9903-8372 / 9950-1297

RECIBO

R\$ 50,00

Recobi(emos) de Walmar Torquato

a quantia de

Referente a

Para clareza firmo o presente recibo.

14 de 08 de 2012
Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358010/19

Vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA

CPF: 078.631.015-49

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 10/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALMIR TORQUATO DE FARIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WALMIR TORQUATO DE FARIA : 078.631.015-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/10/2019
Nome: WALMIR TORQUATO DE FARIA
CPF: 078.631.015-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

WALMIR TORQUATO DE FARIA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190584261

Vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALMIR TORQUATO DE FARIA

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

Carta nº 14977708

Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190584261

Vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WALMIR TORQUATO DE FARIA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **WALMIR TORQUATO DE FARIA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000561**

Conta: **0000025706-0**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 078.631.015-49 4 - Nome completo da vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA

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

5 - Nome completo: WALMIR TORQUATO DE FARIA 6 - CPF: 078.631.015-49
7 - Profissão: PASTOR 8 - Endereço: RUA FRANCISCO OLIVEIRA 9 - Número: 4248 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITABAIANA 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49509-167
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (79)9 9820-6174

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 ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: 0561 CONTA: 25706 (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.

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) 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

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

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte daqueles 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

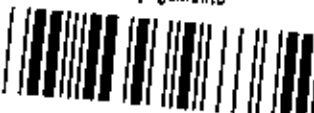
38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Autorização de pagamento



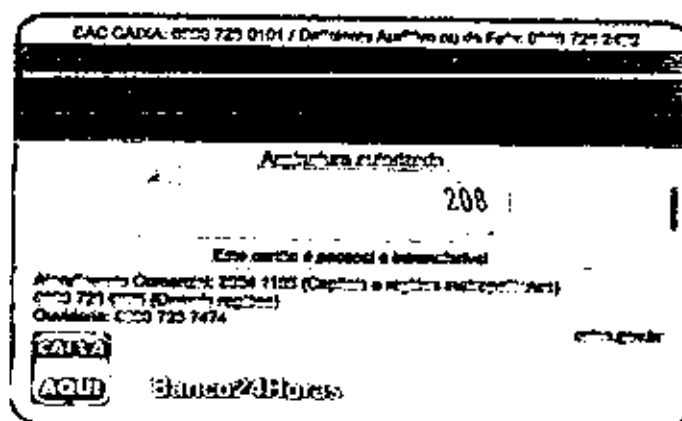
Assinatura do

40 - Local e Data, ITABAIANA-SE, 03/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO A GRUPOS VULNERÁVEIS-
ITABAIANA - ITABAIANA - SE

AUTENTICACAO
Certifico que a presente copia e reproducao fiel do original que
me foi arquivado. Dou fé.
Itabaiana - SE, 07 de outubro de 2019
Sandra Diniz dos Santos Leandro
Selo T: 8E-20192951002577 Assm:
www.180.jsa.br/zf/MX/PJ



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 096435/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Inicio do Registro: 13/09/2019 11:10 Data/Hora Fim: 13/09/2019 14:47
Delegado de Policia: Josefa Valéria Nascimento Andrade

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Atendimento A Grupos Vulneráveis- Itabaiana

Data/Hora do Fato: 10/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Itabaiana (SE)
Logradouro: RUA MANOEL GARANGAU

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20204: Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena - lesão corporal de natureza grave ou gravíssima (Alterado pela Lei nº 13.546, de 2017) (Vigência a partir de 19/04/2018) (Art. 303, § 2º da Lei dos Crimes de Trânsito)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WALMIR TORQUATO DE FARIA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: BA - Ilhéus	Sexo: Masculino	Nasc: 17/10/1951
Profissão: Aposentado			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Ana Maria Torquato			
Endereço			
Município: Itabaiana - SE			
Logradouro: RUA FRANCISCO OLIVEIRA		Nº: 4248	
Bairro: CENTRO			
Telefone: (79) 89820-6174 (Celular)			

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)
Nacionalidade: Brasileira
Endereço
Município: Itabaiana - SE

Boletim de ocorrência



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o declarante que no dia e local mencionados, estava trafegando em via pública, quando foi surpreendido por uma motocicleta, que acabou atropelando-o. QUE, após o atropelamento, o declarante acabou desmaiando e por conta disto, não conseguiu verificar as características do veículo, descobrindo posteriormente, que o motociclista havia evadido-se. QUE, em decorrência do acidente, precisou ser socorrido e encaminhado ao Hospital Regional Dr Pedro Garcia Moreno e segundo relatório médico, o paciente foi vítima de atropelamento por motocicleta, sofrendo um trauma em sua mão esquerda. QUE, por conta disto, precisou passar por um procedimento, para regularizar a situação da sua mão, entretanto, até o momento, continua com sequelas e sequer consegue fecha-las. QUE, o declarante foi submetido a cirurgia. QUE registra a ocorrência para fins de seguro DPVAT.



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO A GRUPOS VULNERÁVEIS-
ITABAIANA - ITABAIANA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 096435/2019

ASSINATURAS

Jamille Oliveira Brito
Agente de Polícia
31792782
Polícia Civil de Sergipe

Jamille Oliveira Brito
Responsável pelo Atendimento

Waldir Torquato da Faria
(Vítima / Comprometido)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) titular/responsável pelas informações acima declaradas e ciência que possumo responsabilidade civil e criminalmente pela presente declaração que do original, conforme previsto nos Artigos 339 e 340 do Código de Processo Penal e 340 do Código de Processo Civil, em anexo, para fins de comprovação do Código Penal Brasileiro."

2º
CARTÃO DE NOTAS
ITABAIANA

"2º Cartório de Notas de Itabaiana"
Praça Fátima Cardoso, 75 - Centro - CEP: 46500-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (78) 3431-2354 - E-mail: notario2@itabaiana.com.br

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia é reprodução fiel do original que
me foi exibido. Dou fé.
Itabaiana - SE, 02 de outubro de 2019.

SANDRA DINIZ DOS SANTOS LEANDRO
Selo TJSE: 201828518052577 Acima
www.tjse.jus.br/ANEXEJ

