

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ, DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO PARA A MOBILIDADE E DOR A PALPAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX E METATARSO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **4 ANOS

*SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Número do Sinistro: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA : 064.809.724-22

Autorização de pagamento

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: 22/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES
DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Certidão de nascimento
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA : 064.809.724-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES : 064.809.724-22

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.

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190469610 **Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES**

Data do Acidente: 05/06/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 0000021527-9

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: 11 4 - Nome completo da vítima: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

 5 - Nome completo: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. BOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
 15 - E-mail: TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 87-9935-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA
 18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 2739 1 CONTA: 21.327 9
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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.

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 nascituro (nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data, FLORES-PE 05/08/2019

08 AGO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 11 4 - Nome completo da vítima: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. BOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
 15 - E-mail: TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 87-9935-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA
 18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
 AGÊNCIA: 2739 1 CONTA: 21.327 9
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 nascituro (nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES-PE 05/08/2019

08 AGO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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:

4 - Nome completo da vítima:

11

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

6 - CPF:

064.809.724-22

7 - Profissão:

RECUSO

8 - Endereço:

ST. DOM JESUS

9 - Número:

23

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

ZONA RURAL

12 - Cidade:

TRIUNFO

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56.870-000

15 - E-mail:

TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM

16 - Tel.(DDD):

81-9935-5533

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:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

064.809.724-22

19 - Profissão do Representante Legal:

RECUSO

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)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

2739

CONTA:

21.527

(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.

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:

30 - Vítima deixou nascituro (a) (nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

☐ Sim

☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES-PE 05/08/2019

21 AGO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/08/2019 - Autoatendimento - 15:39:38
106074889 0902

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JOSE RONALDO GOMES SILVA
AGENCIA:	2739-1
CONTA:	21.527-9
VALOR *	5,00
NR. ENVELOPE	2.289.226.436

* Acolhido em: 19/08/2019, na Agência 1060-X.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

21 AGO 2019

SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/08/2019 - Autoatendimento - 15:39:38
106074889 0902

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JOSE RONALDO GOMES SILVA
AGENCIA:	2739-1
CONTA:	21.527-9
VALOR *	5,00
NR. ENVELOPE	2.209.226.436

* Acolhido em: 19/08/2019, na Agência 1060-X.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizadas durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4003-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190469610
Nome do(a) Examinado(a): Anna Beatriz da Silva Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Bom Jesus, S/N
Alto do Bom Jesus Triunfo PE CEP: 56870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6680564
Data local do acidente: [05/06/2019]
Data local do exame: [30/08/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DO PÉ

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Tratamento: REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA.

Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.

Data da Alta: 13/08/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ, DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

☒ (X) Sim ☐ () Não

- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

☒ (X) Sim ☐ () Não

- VI. Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

☐ () "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

☐ () "Sem seqüela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

PÉ - Lado Direito

% do dano: ☒ (X) 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: ☐ () 10% residual ☐ () 25% leve
☐ () 50% médio ☐ () 75% intensa ☐ () 100% completo

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Obenize A. Silva
CRM: 15.132
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO -
OP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0271000194**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **22:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/6/2019** às **06:30**

Natureza Jurídica: **ATROPELAMENTO (MOTOCICLETA)**
Fato ocorrido no endereço: **LADEIRA DO SÍTIO BOM JESUS (LADEIRA NOVA DO SESC), BAR DE GOVEIA - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 81 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RODRIGO LOPES DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
LIEGEN LOPES DA SILVA (OUTRO)
IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA (TESTEMUNHA)
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a) **RODRIGO LOPES DA SILVA**

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

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: LIEGEN LOPES DA SILVA Pai: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA Data de Nascimento: 15/2/2015 Naturalidade: SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 10735531/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Telefones Celulares: 998873914

Residência: CASAS POPULARES (SÍTIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 12 - CEP: 54600-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

LIEGEN LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA Pai: MANGEL LOPES DA SILVA Data de Nascimento: 8/12/1989 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 19923009/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1ª. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: 998873914

08 AGO 2019

07/06/2019 22:51

Residência: **CASAS POPULARES (SÍTIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 12 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

RODRIGO LOPES DA SILVA (presente no plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **GERALDA MARIA** Pai: **IVALTECIO LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **9/2/1986** Naturalidade: **BELEM DO SAO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7820595/SDS/PE (RG), 06762370454 (CPF), 05320114665 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **988182373**

Residência: **SÍTIO MATA REDONDA, PROPRIEDADE DE CARIBÉ - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 01 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROPRIEDADE DE CARIBÉ**

IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA (presente no plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA NOGUEIRA DE PADUA** Pai: **JOSE LOPES DE PADUA** Data de Nascimento: **21/1/1978** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **5218931/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **96467543**

Residência: **CASAS POPULARES (SÍTIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Próximo a: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 03 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a) **RODRIGO LOPES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGM3284 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA)** Renavam: **595932673** Chassi: **6C2KD0640ER011338**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **HONDA NXR 150 BROS ESD, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, PLACA PGM-3284/SERRA TALHADA**

Complemento / Observação

ESTA DELEGACIA DE POLICIA FOI INFORMADA POR FAMILIARES DA VITIMA, QUE NO DIA 06 DE JUNHO DE 2019, POR VOLTA DAS 08:30 HORAS DA MANHA A MENOR DE NOME ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES TERIA SIDO ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA DE COR PRETA NAS PROXIMIDADES DO BAR DE GOVEIA NA LADEIRA DE ACESSO NOVO AO HOTEL DO SESC. SEGUNDO FAMILIARES A CRIANÇA VINHA NA COMAPANHIA DA MÃE DE NOME LIEGEM LOPES DA SILVA E DE UMA OUTRA SENHORA DE NOME IVANA ROBERTA GONÇALVES. AINDA SEGUNDO FAMILIARES O AUTOR DO ACIDENTE QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ERA A PESSOA DE RODRIGO LOPES DA SILVA O QUAL RELATOU QUE TERIA PERDIDO O CONTROLE DA MOTOCICLETA DEPOIS QUE A MESMA TERIA FURADO O PNEU DIANTEIRO, NAO DANDO TEMPO DE LIVRAR AS TRÊS PESSOAS QUE FORAM ATINGIDAS NO MOMENTO DA COLISÃO (ATROPELAMENTO). A CRIANÇA ENVOLVIDA NO ACIDENTE DE APENAS 04 ANOS FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA COM PROVAVEL FRATURA NO PE DIREITO COMO CONSTOU O LAUDO MEDICO NO PRIMEIRO ATENDIMENTO. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA E AS OUTRAS DUAS PESSOAS QUE ACOMPANHAVAM A CRIANÇA TIVERAM LESÕES SEM GRAVIDADE. A MOTOCICLETA ENVOLVIDA NO ACIDENTE NAO FOI APREENDIDA TENDO O CONDUTOR ENVOLVIDO APRESENTADO APENAS O DOCUMENTO NO DIA SEGUINTE AO FATO.

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

LIEGEN LOPES DA SILVA
(OUTRO)

RODRIGO LOPES DA SILVA
(AUTOR AGENTE)

IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: THONY ALEXANDRE ANTAS RODRIGUES



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: 11 4 - Nome completo da vítima: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

 5 - Nome completo: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
 7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. BOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
 15 - E-mail: TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 87-9935-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA
 18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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) (informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

 Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

 AGÊNCIA: 2739 1 CONTA: 21.327 9
(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.

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 nascituro (nascitor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

 40 - Local e Data: FLORES-PE 05/08/2019

08 AGO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

MATRÍCULA:

1311930155 2015 1 00068 130 0015708 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Quinze de Fevereiro de Dois Mil e Quinze

DIA MÊS ANO

15 2 2015

HORA

06:55

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Serra Talhada - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Triunfo - PE

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHAES

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

LIEGEN LOPES DA SILVA e JOSÉ RONALDO GOMES DA SILVA

AVÓS

MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA e MANOEL LOPES DA SILVA

FRANCISCA GOMES DA SILVA

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Dez de Março de Dois Mil e Quinze

NÚMERO DA DNV

30842171060

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

ATO GRATUITO.

Certório do Registro Civil de Triunfo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Triunfo, 10 de março de 2015

TRIUNFO

RUA CEL MONTEIRO, 72 - CEP.: 56.870-000 - Centro - Triunfo - PE

O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:
<https://www.programamindacertidao.pe.gov.br/sembricconsultacertidao.jsp>
Informe o código: 094F7A00-05C3-427E-BD53-1E2D3FC2D9A0

Data da Assinatura:

10/03/2015 15:18:18



08 AGO 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

044

Data e Hora: 05.06.19 07:08	Nº. Ocorrência
Nome: Maria Blatizuela Silva Gomes	Data Nascimento: 15-02-75
Profissão:	Sexo: F
End.: Conj. Habitacional - St. Bom Jesus	Doc. Ident.:
Responsável: Diego Lopes da Silva (mãe)	
End/Fone: mto	
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/>	
Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>	

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura:

Histórico e Exame Físico:

Mãe indígena, 1º gestação, deu à luz a termo de parto com
gemêos há uns dias. Sem a dor no pé direito. Não vinha com vômito.
Sob o CBHg, após introdução, expulso resíduo a dor
- dor no pé direito em 1º e 2º graus. Ref. 1º 3º e 4º.

Tratamento: Ext. admissão - dor no pé direito
+ 100. Gentamicina? frígida?
Solicite exames de toxicologia

S 5699259
HOSPITAL

08 AGO 2019

Impressão Diagnóstica:

Dr. Cláudio de Carvalho Marques
CRM-FE 22636

Destino do Paciente
Removido para Hospital

Residência ☐

Internado ☐

Transferido ☐

Óbito às

horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:

COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

CELPE

CNPJ 12.930.302/0001-06 | Tel: (81) 320043-83 | www.celpe.com.br

pro (Código Cadeia para Lei 10.438, de 26/04/02)

ATA DE ENERGIA ELÉTRICA

E-CEP 10090-802

DADOS DO CLIENTE
LUCILERE GOMES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
D. BOM JESUS 23

CPF: 101.048.734-07 NIS: 18358725549

TRIUNFO/TRIUNFO
TRIUNFO PE
56870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BARRA VERDE 1 COM 100

EXIBIR CONTADOR **Informado**
7020434842 08/2019
DATA DO CONTADOR 28/08/2019 18/07/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 5,90

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO 01/08/2019
DATA DE FIM DO PERÍODO 31/08/2019
DATA DE INÍCIO DO PERÍODO 01/08/2019
DATA DE FIM DO PERÍODO 31/08/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo de 30 kWh	30,0000000	0,18506106	5,55
Consumo Ativo Superior a 30 kWh 100 kWh	1,0000000	2,31734157	0,31
Atividade Bandeira AMARELA			0,04

TOTAL DA FATURA

5,90

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DE MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LECTURA	ATUAL DATA	ATUAL LECTURA	Nº DE CONTADOR	ALÍQUOTA	CONSUMO (KWH)
2711880	Car	14.08.2019	2855,41	17.08.2019	2865,30	31	1,0000	9,89

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWH)
01/08/19	31
02/08/19	30
03/08/19	30
04/08/19	30
05/08/19	30
06/08/19	30
07/08/19	30
08/08/19	30
09/08/19	30
10/08/19	30
11/08/19	30
12/08/19	30
13/08/19	30
14/08/19	30
15/08/19	30
16/08/19	30
17/08/19	30
18/08/19	30
19/08/19	30
20/08/19	30
21/08/19	30
22/08/19	30
23/08/19	30
24/08/19	30
25/08/19	30
26/08/19	30
27/08/19	30
28/08/19	30
29/08/19	30
30/08/19	30
31/08/19	30

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWH)
01/08/19	31
02/08/19	30
03/08/19	30
04/08/19	30
05/08/19	30
06/08/19	30
07/08/19	30
08/08/19	30
09/08/19	30
10/08/19	30
11/08/19	30
12/08/19	30
13/08/19	30
14/08/19	30
15/08/19	30
16/08/19	30
17/08/19	30
18/08/19	30
19/08/19	30
20/08/19	30
21/08/19	30
22/08/19	30
23/08/19	30
24/08/19	30
25/08/19	30
26/08/19	30
27/08/19	30
28/08/19	30
29/08/19	30
30/08/19	30
31/08/19	30

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWH)
01/08/19	31
02/08/19	30
03/08/19	30
04/08/19	30
05/08/19	30
06/08/19	30
07/08/19	30
08/08/19	30
09/08/19	30
10/08/19	30
11/08/19	30
12/08/19	30
13/08/19	30
14/08/19	30
15/08/19	30
16/08/19	30
17/08/19	30
18/08/19	30
19/08/19	30
20/08/19	30
21/08/19	30
22/08/19	30
23/08/19	30
24/08/19	30
25/08/19	30
26/08/19	30
27/08/19	30
28/08/19	30
29/08/19	30
30/08/19	30
31/08/19	30

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO (KWH)
01/08/19	31
02/08/19	30
03/08/19	30
04/08/19	30
05/08/19	30
06/08/19	30
07/08/19	30
08/08/19	30
09/08/19	30
10/08/19	30
11/08/19	30
12/08/19	30
13/08/19	30
14/08/19	30
15/08/19	30
16/08/19	30
17/08/19	30
18/08/19	30
19/08/19	30
20/08/19	30
21/08/19	30
22/08/19	30
23/08/19	30
24/08/19	30
25/08/19	30
26/08/19	30
27/08/19	30
28/08/19	30
29/08/19	30
30/08/19	30
31/08/19	30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter mais informações sobre o sistema de medição de energia elétrica, consulte o site www.celpe.com.br.
Pagamento em dinheiro: 5% de desconto. Pagamento em cartão de crédito: 3% de desconto. Pagamento em boleto: 1% de desconto.
O cliente é responsável por manter o sistema de medição de energia elétrica em bom estado de conservação e por fornecer acesso ao mesmo para a realização de medições e manutenção.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

DE 19 DÍGITOS 18358725549

PERÍODO	DEBITO	CREDITO	PERÍODO	DEBITO	CREDITO
01/08/19	11,00	0,00	01/08/19	11,00	0,00

Informamos que o sistema de medição de energia elétrica é um sistema de medição de energia elétrica que permite a medição da energia elétrica consumida em cada unidade consumidora. O sistema é composto por um medidor de energia elétrica e um sistema de medição de energia elétrica. O sistema de medição de energia elétrica é composto por um medidor de energia elétrica e um sistema de medição de energia elétrica.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter mais informações sobre o sistema de medição de energia elétrica, consulte o site www.celpe.com.br.
Pagamento em dinheiro: 5% de desconto. Pagamento em cartão de crédito: 3% de desconto. Pagamento em boleto: 1% de desconto.

CELPE

CNPJ 12.930.302/0001-06 | Tel: (81) 320043-83 | www.celpe.com.br

pro (Código Cadeia para Lei 10.438, de 26/04/02)

ATA DE ENERGIA ELÉTRICA

E-CEP 10090-802

DADOS DO CLIENTE
LUCILERE GOMES DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
D. BOM JESUS 23

CPF: 101 048 734-07 NIS: 18358725549

TRIUNFO/TRIUNFO
TRIUNFO PE
55870-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BARRA VERDE 1 COM 100

EXIBIR CONTADOR **Informado**
7020434842 08/2019
DATA DO DESCONTADOR 28/08/2019 18/07/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 5,90

DATA DE INÍCIO DO PERÍODO 01/01/2019
DATA DE FIM DO PERÍODO 31/07/2019
DATA DE INÍCIO DO PERÍODO 01/01/2019
DATA DE FIM DO PERÍODO 31/07/2019

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo de 30 kWh	30,000000	0,18506106	5,55
Consumo Ativo superior a 30 kWh 100 kWh	1,000000	2,31734157	0,31
Atividade Bandeira AMARELA			0,04

TOTAL DA FATURA

5,90

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DE	TIPO DA	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE	CONSUMO
RESPONSA	FUNÇÃO	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
01/19	Car	14.06.2019	2855,41	17.06.2019	2865,30
					9,89

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO
01/19	31
02/19	30
03/19	30
04/19	30
05/19	30
06/19	30
07/19	30
08/19	30
09/19	30
10/19	30
11/19	30
12/19	30

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO
01/19	31
02/19	30
03/19	30
04/19	30
05/19	30
06/19	30
07/19	30
08/19	30
09/19	30
10/19	30
11/19	30
12/19	30

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO
01/19	31
02/19	30
03/19	30
04/19	30
05/19	30
06/19	30
07/19	30
08/19	30
09/19	30
10/19	30
11/19	30
12/19	30

DESCRIÇÃO DO CONSUMO

PERÍODO	CONSUMO
01/19	31
02/19	30
03/19	30
04/19	30
05/19	30
06/19	30
07/19	30
08/19	30
09/19	30
10/19	30
11/19	30
12/19	30

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter mais informações sobre o sistema de medição de energia elétrica, consulte o site www.celpe.com.br.
Pagamento em dinheiro: 5% de desconto. Pagamento em cartão de crédito: 10% de desconto. Pagamento em boleto: 5% de desconto.
O cliente é responsável por manter o sistema de medição de energia elétrica em bom estado de conservação e por fornecer acesso ao mesmo para a realização de medições e manutenção.

ATENÇÃO! A CELPE INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO

DE ATÉ 15 DIAS ANTES DO VENCIMENTO DA PAGAMENTO

VENCIMENTO	DIÁRIOS	VALOR	VENCIMENTO	DIÁRIOS	VALOR
14/08/19	17/08/19	0,20	14/08/19	17/08/19	0,20

Informamos que a CELPE não se responsabiliza por eventuais problemas de funcionamento do sistema de medição de energia elétrica, desde que o mesmo esteja em bom estado de conservação e que o cliente tenha fornecido acesso ao mesmo para a realização de medições e manutenção.

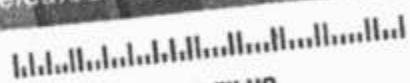
INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Para obter mais informações sobre o sistema de medição de energia elétrica, consulte o site www.celpe.com.br.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Bofeto de Pagamento de Licenciamento 2019
Veículos Usados



ANTONIO PEREIRA FILHO
RUA TRAV MANOEL SANTANA 56
CASA
CENTRO
56850-000 FLORES PE

PCK6268

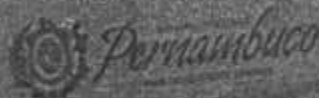
HONDA/CG 160 FAN

Carta

RECEBIMOS DO DETRAN-PE

2 CONTRA

Data Postagem
21/01/2019



08 AGO 2019



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco

Av. José de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002

CNPJ 15.825.832/0001-08 | Insc. Est. 0075943-01 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS GRACAS DA SILVA BARBOSA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA MANOEL SANTANA 56 B

CPF: 901.700.914-49 NIS: 20318407463

CENTRO FLORES
FLORES PE
56650-000

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDUAL
BAIXA RENDA COM FIC

CPF DO CLIENTE	TIPO DE UNIDADE	DATA DE INÍCIO
01017888	UNICA	34/07/2019
CLASSIFICAÇÃO	CPF DO CLIENTE	DATA DE INÍCIO
24/07/2019	20320402209	11/04/11

SERIAL DO CONTRATO	MÊS/ANO
4005938882	07/2019
DATA DE INÍCIO DO CONTRATO	DATA DE FIM DO CONTRATO
31/07/2019	23/08/2019
VALOR A PAGAR (R\$)	
	248,40

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,20145039	1,21
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44649992	31,25
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	120,0000000	0,68974089	80,38
Consumo Ativo superior a 220 kWh	88,0000000	0,74418654	73,67
Acrescimo Bandeira AMARELA			3,79
Contrib. Sist. Pública Municipal			48,34
ICMS Subvenção: CDE-IP 082344177-2455/19			1,43
ICMS Subvenção: Base Remota			2,55
Multa por atraso - F 087080780 - 22/06/19			3,78
Juros por atraso - F 087080780 - 22/06/19			0,56
Avaliação GPM/F 087080780 - 22/06/19			0,65
Compensação CMC 09/19			-4,36
Bônus ITRF - art. 31 da Lei 10.438/2002			2,31
TOTAL DA FATURA			248,40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
UF DO MEDIDOR	TIPO DE PUNÇÃO	DATA ANTERIOR	DATA ATUAL	UF DE	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
000000	CAT	00000000	00000000	00	0,0000		0,00

DETALHAMENTO DE CONSUMO		DEMONSTRATIVO DE SUBVENÇÕES		DEMONSTRATIVO DE CONTRIBUIÇÕES	
Mês/Ano	Consumo (kWh)	Subv. por kWh	%	Contribuição (R\$)	%
JUL-19	373				
AUG-19	321				
SET-19	308				
OUT-19	308				
NOV-19	308				
DEZ-19	308				
JAN-20	308				
FEB-20	308				
MAR-20	308				
ABR-20	308				
MAY-20	308				
JUN-20	308				
JUL-20	308				
AUG-20	308				
SET-20	308				
OCT-20	308				
NOV-20	308				
DEZ-20	308				
JAN-21	308				
FEB-21	308				
MAR-21	308				
ABR-21	308				
MAY-21	308				
JUN-21	308				
JUL-21	308				
AUG-21	308				
SET-21	308				
OCT-21	308				
NOV-21	308				
DEZ-21	308				
JAN-22	308				
FEB-22	308				
MAR-22	308				
ABR-22	308				
MAY-22	308				
JUN-22	308				
JUL-22	308				
AUG-22	308				
SET-22	308				
OCT-22	308				
NOV-22	308				
DEZ-22	308				
JAN-23	308				
FEB-23	308				
MAR-23	308				
ABR-23	308				
MAY-23	308				
JUN-23	308				
JUL-23	308				
AUG-23	308				
SET-23	308				
OCT-23	308				
NOV-23	308				
DEZ-23	308				
JAN-24	308				
FEB-24	308				
MAR-24	308				
ABR-24	308				
MAY-24	308				
JUN-24	308				
JUL-24	308				
AUG-24	308				
SET-24	308				
OCT-24	308				
NOV-24	308				
DEZ-24	308				
JAN-25	308				
FEB-25	308				
MAR-25	308				
ABR-25	308				
MAY-25	308				
JUN-25	308				
JUL-25	308				
AUG-25	308				
SET-25	308				
OCT-25	308				
NOV-25	308				
DEZ-25	308				
JAN-26	308				
FEB-26	308				
MAR-26	308				
ABR-26	308				
MAY-26	308				
JUN-26	308				
JUL-26	308				
AUG-26	308				
SET-26	308				
OCT-26	308				
NOV-26	308				
DEZ-26	308				
JAN-27	308				
FEB-27	308				
MAR-27	308				
ABR-27	308				
MAY-27	308				
JUN-27	308				
JUL-27	308				
AUG-27	308				
SET-27	308				
OCT-27	308				
NOV-27	308				
DEZ-27	308				
JAN-28	308				
FEB-28	308				
MAR-28	308				
ABR-28	308				
MAY-28	308				
JUN-28	308				
JUL-28	308				
AUG-28	308				
SET-28	308				
OCT-28	308				
NOV-28	308				
DEZ-28	308				
JAN-29	308				
FEB-29	308				
MAR-29	308				
ABR-29	308				
MAY-29	308				
JUN-29	308				
JUL-29	308				
AUG-29	308				
SET-29	308				
OCT-29	308				
NOV-29	308				
DEZ-29	308				
JAN-30	308				
FEB-30	308				
MAR-30	308				
ABR-30	308				
MAY-30	308				
JUN-30	308				
JUL-30	308				
AUG-30	308				
SET-30	308				
OCT-30	308				
NOV-30	308				
DEZ-30	308				
JAN-31	308				
FEB-31	308				
MAR-31	308				
ABR-31	308				
MAY-31	308				
JUN-31	308				
JUL-31	308				
AUG-31	308				
SET-31	308				
OCT-31	308				
NOV-31	308				
DEZ-31	308				
JAN-32	308				
FEB-32	308				
MAR-32	308				
ABR-32	308				
MAY-32	308				
JUN-32	308				
JUL-32	308				
AUG-32	308				
SET-32	308				
OCT-32	308				
NOV-32	308				
DEZ-32	308				
JAN-33	308				
FEB-33	308				
MAR-33	308				
ABR-33	308				
MAY-33	308				
JUN-33	308				
JUL-33	308				
AUG-33	308				
SET-33	308				
OCT-33	308				
NOV-33	308				
DEZ-33	308				
JAN-34	308				
FEB-34	308				
MAR-34	308				
ABR-34	308				
MAY-34	308				
JUN-34	308				
JUL-34	308				
AUG-34	308				
SET-34	308				
OCT-34	308				
NOV-34	308				
DEZ-34	308				
JAN-35	308				
FEB-35	308				
MAR-35	308				
ABR-35	308				
MAY-35	308				
JUN-35	308				
JUL-35	308				
AUG-35	308				
SET-35	308				
OCT-35	308				
NOV-35	308				
DEZ-35	308				
JAN-36	308				
FEB-36	308				
MAR-36	308				
ABR-36	308				
MAY-36	308				
JUN-36	308				
JUL-36	308				
AUG-36	308				
SET-36	308				
OCT-36	308				
NOV-36	308				
DEZ-36	308				
JAN-37	308				
FEB-37	308				
MAR-37	308				
ABR-37	308				
MAY-37	308				
JUN-37	308				
JUL-37	308				
AUG-37	308				
SET-37	308				
OCT-37	308				
NOV-37	308				
DEZ-37	308				
JAN-38	308				
FEB-38	308				
MAR-38	308				
ABR-38	308				
MAY-38	308				
JUN-38	308				
JUL-38	308				
AUG-38	308				
SET-38	308				
OCT-38	308				
NOV-38	308				
DEZ-38	308				
JAN-39	308				
FEB-39	308				
MAR-39	308				
ABR-39	308				
MAY-39	308				
JUN-39	308				
JUL-39	308				
AUG-39	308				
SET-39	308				
OCT-39	308				
NOV-39	308				
DEZ-39	308				
JAN-40	308				
FEB-40	308				
MAR-40	308				
ABR-40	308				
MAY-40	308				
JUN-40	308				
JUL-40	308				
AUG-40	308				
SET-40	308				
OCT-40	308				
NOV-40	308				
DEZ-40	308				
JAN-41	308				
FEB-41	308				
MAR-41	308				
ABR-41	308				
MAY-41	308				
JUN-41	308				
JUL-41	308				
AUG-41	308				
SET-41	308				
OCT-41	308				
NOV-41	308				
DEZ-41	308				
JAN-42	308				
FEB-42	308				
MAR-42	308				
ABR-42	308				
MAY-42	308				
JUN-42	308				
JUL-42	308				
AUG-42	308				
SET-42	308				
OCT-42	308				
NOV-42	308				
DEZ-42	308				
JAN-43	308				
FEB-43	308				
MAR-43	308				
ABR-43	308				
MAY-43	308				
JUN-43	308				
JUL-43	308				
AUG-43	308				
SET-43	308				
OCT-43	308				
NOV-43	308				
DEZ-43	308				
JAN-44	308				
FEB-44	308				
MAR-44	308				
ABR-44	308				
MAY-44	308				
JUN-44	308				
JUL-44	308				
AUG-44	308				
SET-44	308				
OCT-44	308				
NOV-44	308				
DEZ-44	308				
JAN-45	308				
FEB-45	308				
MAR-45	308				
ABR-45	308				
MAY-45	308				
JUN-45	308				
JUL-45	308				
AUG-45	308				
SET-45	308				
OCT-45	308				
NOV-45	308				
DEZ-45	308				
JAN-46	308				
FEB-46	308				
MAR-46	308				
ABR-46	308				
MAY-46	308				
JUN-46	308				
JUL-46	308				
AUG-46	308				
SET-46	308				
OCT-46	308				
NOV-46	308				
DEZ-46	308				

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

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 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 COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084 / 34, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.309.724 / 22

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ANNAM BEATRIZ DA SILVA GOMES

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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: <u>TV. MANOEL SANTANA</u>	Número: <u>56</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Bairro: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>FLORES</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: <u>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u>	CEP: <u>56.850-000</u>	Tel.(DDD): <u>89.9935-5533</u>

Local e Data: FLORES-PE 05/08/2019

Antonio Pereira Filho
Assinatura do Declarante

08 AGO 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 05-06-19 07:08 N.º Ocorrência: 044
Nome: Maria Beatriz da Silva Gomes Data Nascimento: 15-02-75
Profissão: Sexo: F Doc. Ident.:
End.: Camp. Habitacional - St. Bom Jesus
Responsável: Liegeia Lopes da Silva (mãe)
End/Fone: 9111-1111
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐
Agressão ☐ Consulta ☐

Pressão Arterial: Pulso: Temperatura:

Histórico e Exame Físico:
Paciente trazida no quaternário de dentado e hantoso de edema de mato com
pouco de um leve Sinais de dor no pé direito. Não reage com vent.
Ao ECG: ECG com bradycardia regular, ritmo normal e ritmo.
- AR e W de E e Ant S e R2 - 6 e 3V Fv.

Tratamento: Ect. adeno e dor no pé direito.
h3. Gentis? fraturas?
Solicita exames do tórax e abdome.
S. 56 99259.
HOSPITAL:

Impressão Diagnóstica: Dr. Cláudio de Carvalho Marques
CRM-E 22636 08 AGO 2019

Destino do Paciente Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐
Removido para Hospital

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM

Encaminhamento para Especialista

Unidade de Origem:

Paciente

Registro

Dados Clínicos

Exames Complementares Resultados

Hipótese Diagnóstica

Conduta Adotada

Justificativa do Encaminhamento

Encaminhado para

Data

05/06/19

Nome

CRM 22636

Unidade do Especialista

Exame Clínico

Exames Complementares

Parecer do Especialista

Tratamento Proposto

LOCAL: Na Unidade de Origem ☐
Na Unidade de Referência ☐
Outro Serviço ☐

08 AGO 2019

Nome

CRM

Data

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

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HREC

2 - CNES

2428335

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HREC

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS)

8191819446310910611414

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA/REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

93462

9 - NOME DO PACIENTE

Ana Beatriz dos S. Barros

10 - DATA DE NASCIMENTO

15/02/2015

11 - SEXO

Masc ☐ 1 Fem ☒ 3

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Nágua Lopes de Nascimento

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

B. Bom Jesus - Casas populares -

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Tremze

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PE 56181-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/ EXAME FÍSICO

Fimto Supraglotal - Hérnia D

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

Prontuário + Exame físico + Medicação

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fimto de Hérnia D
Fimto de MTT D

22 - CID 10 PRINCIPAL

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intubação (dupla)

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

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

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

05/06/19

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

Dr. Marcelo Alves
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM nº 7381 - CREMERPE 137**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGO

() EMPREGADO

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

() CNS () CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

08 AGO 2019

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 Fundação de Saúde Amaury de Medeiros - FUSAM
FOLHA DE INTERNAÇÃO E ALTA HOSPITALAR

Registro Nº 12.464
 Data 07/08/2019
 Hora 13:14

PACIENTE

Nome: Don Bráulio da Silva Categoria: SLB
 Sexo: M Idade: 67 Cor: br Estado Civil: casado
 Naturalidade: Recife - PE Profissão: professor
 Endereço: Rua ... Recife - PE

RESPONSÁVEL

Pessoa de Quem Depende: Mãe - Maria da Conceição Parentesco: Mãe
 Endereço: Rua ... Recife - PE
 Internado por Ordem de _____ Ass. Médico - CRM _____

☐ Clínico ☒ Cirúrgico ☐ Hora do Atendimento Médico _____
 Pressão Arterial _____ MX _____ MN _____ Pulso _____ BPM
 Temperatura _____ °C Peso _____
 Queixa Principal: Falta de ar - tosse

ATENÇÃO MÉDICA

História da Doença Atual: Doença crônica de caráter
transiente (Atelectasia) - com - supuração
toque

12.522.582/0210-22
 HOSPITAL DO INTERIO
 Av. ... PE 367
 CEP: 55.000-000 - Recife - PE

08 AGO 2019

UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

Mr. Brading da S. G. G.

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

Distúndulo + Ligateza com + Sutura

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos

pac - PAID e 5 b anestesia torácica local

- Distúndulo + Ligateza a SP, a 7

- Sutura de pele e carne

- Anestesia

- pele suspensa

RECEBIDO
HOSPITAL DE CIRURGIA
Av. Amador de Oliveira, 100 - 5.º andar - PE
CEP: 50.000-000 - Av. da Ingazeira - PE

08 AGO 2019

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião

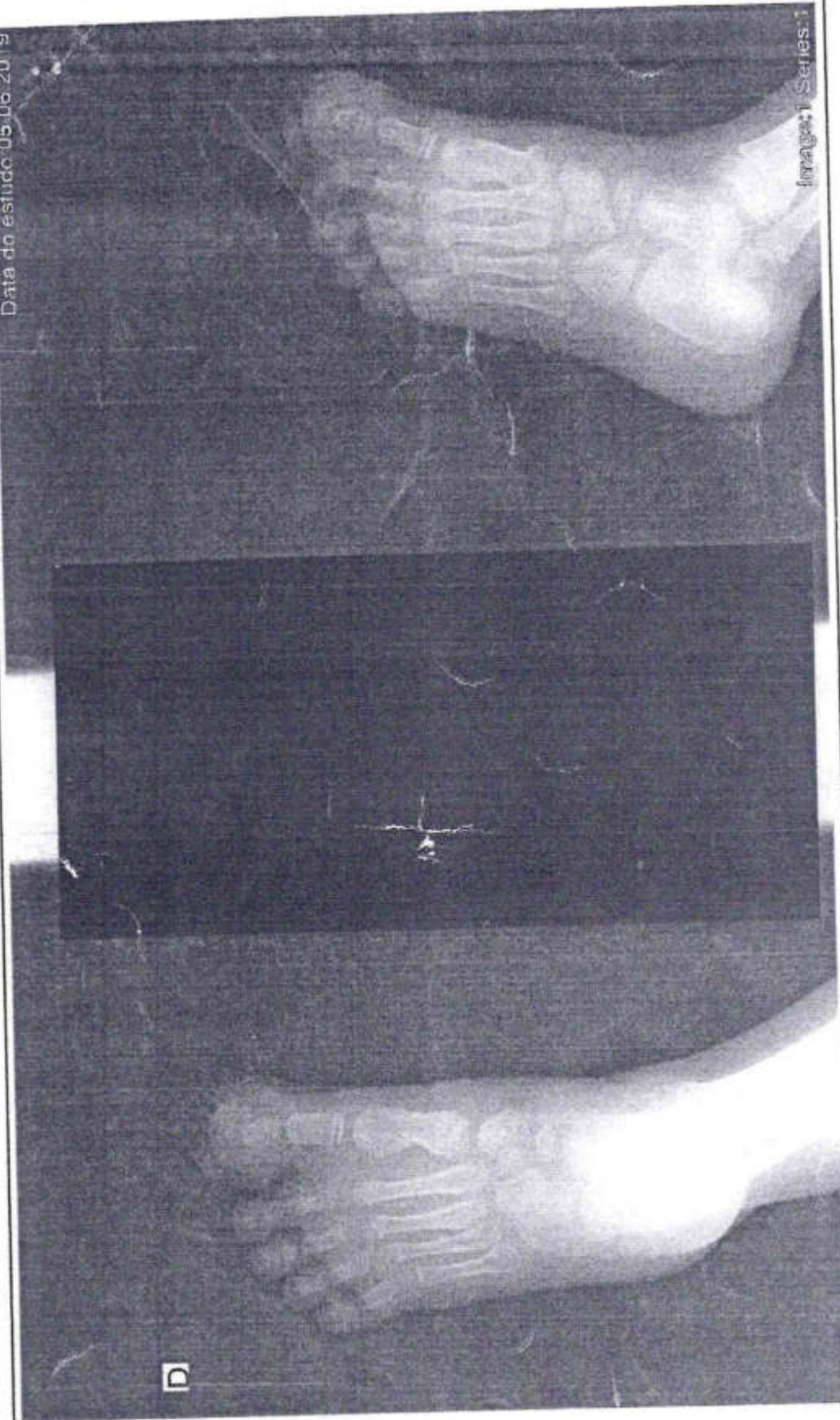
Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM-PE 7331 | CREMERPE

Lafayette 107 2617-1502 / 9915-1520

PatientID: 2019060512230
Name: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

Sex: Feminino
BirthDate: 15.02.2015
Age: 4a.

Data do estudo 05.06.2019



08 AGO 2019

Image: 1 Series: 1

HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que:

Ana Beatriz Bonet Gla

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- ☐ Afastar-se do trabalho por _____ dias
- ☒ Afastar-se das aulas por 30 dias
- ☐ Afastar-se da Educação Física por _____ dias
- ☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
- ☐ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
- ☐ Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o C.I.D. 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Presto, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico:

Procedimento:

CID 10

Afogados da IngaZEIRA

19

de

08

de 20

19

Dr. André Santo Peixoto
Ortopedia / Pneumologia
CRM-PE 18426

08 AGO 2019

Hospital Regional Emília Câmara

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PERNAMBUCO

RECEITUÁRIO

GOVERNO DE
Pernambuco

Nome:

Endereço:

SS:
Nunca retira p/
Kdus

Dr. André Pinto Peixoto
Ortopedia / Traumatologia
CRM PE 8426

Data:

Médico CRM

08 AGO 2019

ANT BEATRIZ

Pro Amador

de

OROPEDIA

CLINICA

15 DIA

Dr. Leonardo A. Lima
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PE 2009

06/08/19

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

MATRÍCULA:

1311930155 2015 1 00068 130 0015708 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Quinze de Fevereiro de Dois Mil e Quinze

DIA MÊS ANO

15 2 2015

HORA

06:55

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

Serra Talhada - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Triunfo - PE

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHAES

SEXO

feminino

FILIAÇÃO

LIEGEN LOPES DA SILVA e JOSÉ RONALDO GOMES DA SILVA

AVÓS

MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA e MANOEL LOPES DA SILVA

FRANCISCA GOMES DA SILVA

GÊMEO NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Dez de Março de Dois Mil e Quinze

NÚMERO DA DNV

30842171060

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

ATO GRATUITO.

Certório do Registro Civil de Triunfo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Triunfo, 10 de março de 2015

TRIUNFO

RUA CEL MONTEIRO, 72 - CEP.: 56.870-000 - Centro - Triunfo - PE

O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:
<https://www.programamindacertidao.pe.gov.br/sembricconsultacertidao.jsp>
Informe o código: 094F7A00-05C3-427E-BD53-1E2D3FC2D9A0

Data da Assinatura:

10/03/2015 15:18:18



08 AGO 2019

Você também está obrigado a usá-los, para prevenir acidentes e evitar as doenças profissionais.

Mostre ao seu novo companheiro os perigos que o cercam no trabalho.

Cada acidente é uma lição que deve ser apreciada, para evitar maiores desgraças.

Todo o acidente tem uma causa que é preciso ser pesquisada, para evitar a sua repetição.

Se você for acidentado, procure logo o socorro médico adequado. Não deixe que "entendidos" e "curiosos" concorram para o agravamento de sua lesão.

Se você não é electricista, não se meta a fazer serviços de electricidade.

Procure o socorro médico imediato, se você for vítima de um acidente, amanhã será tarde demais.

As máquinas não respeitam ninguém; mas você deve respeitá-las.

Atenda as recomendações dos Membros da CIPA e de seus mestres e chefes.

Conheça sempre as regras de segurança da seção onde você trabalha.

Conversa e discussão no trabalho predispõem a acidentes pela distração.

Leia e reflita sempre os ensinamentos contidos nos cartazes e avisos sobre prevenção de acidentes.

Os anéis, pulseiras, gravatas e mangas compridas não fazem parte do seu uniforme de trabalho.

Mantenha sempre as guardas protetoras das máquinas nos devidos lugares.

Pare a máquina quando tiver que consertá-la ou lubrificá-la.

Habitue-se a trabalhar protegido contra os acidentes. Use equipamentos de proteção adequados a seu serviço.

Conheça o manejo dos extintores e demais dispositivos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO
CARTHEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



00045

78034

Número

Série

José Romaldo Gomes da Silva
ASSINATURA DO PORTADOR

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome José Romaldo Gomes da Silva
Loc. Nasc. Salvador Est. PE Data 12/08/53
Filiação Antônio Romaldo Gomes da Silva
Doc. N° 2.244 Data 26/08/53 Nome Antônio Romaldo

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em 1/1/54 Doc. Ident. N° 1234
Exp. em 1/1/55 Estado PE
Obs. 1234
Data Emissão 15/1/54 DRT 1234

Assinatura do Funcionário
Marcelo Gomes da Silva
IDENT. 2676242

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
Doc.
Nome
Doc.
Nome
Doc.
Est. Civil
Doc.
Est. Civil
Doc.
Nascimento
Doc.

08-AGO-2019



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **064.809.724-22**

Nome: **JOSE RONALDO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **12/08/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **31/01/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:13:25** do dia **08/08/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3BB5.5A21.ED13.7D14**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

08 AGO 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ, DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO PARA A MOBILIDADE E DOR A PALPAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX E METATARSO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **4 ANOS

*SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: Jose Ronaldo Gomes da Silva, brasileiro(a), estado civil: Solteiro
 Profissão: Agricultor, portador(a) do RG 78034CTES, órgão expedidor _____
 e do CPF: 064809724-22, residente no(a) 51 Bom Jesus
 nº 23, bairro: ZONA RURAL, município: Trunfo I. PE

OUTORGADO:

Nome: Antonio Pereira Filho, brasileiro(a), estado civil: casado
 Profissão: Recebe, portador(a) do RG 2999873 SSP, órgão expedidor SSP PE
 e do CPF: 452.545084-34, residente no(a) IV. Manoel Santana
 nº 56, bairro: CENTRO, município: Flores I. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, e quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima RAINHA BEATRIZ DA SILVA GOMES
 CPF 11 data do acidente: 05/06/2019

Local e data: FLORES - PE 05/08/2019

Jose Ronaldo Gomes da Silva

Assinatura do outorgante

Reconhecer firma por autenticidade

Imagem digital



CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS, RTD, PJE E PROTESTOS
 PRAC. 13 DE DEZEMBRO, 14 - CENTRO - TELEFONE: (81) 3396-1179
 ANTONIO INELANDI OLIVEIRA DE SOUZA - TITULAR / EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA - SUBSTITUTO

Reconheço Por Autenticidade a firma de JOSÉ RONALDO GOMES DA SILVA, em 05/08/2019 a
 dou 18 Em text. 10 de verdade. Substitua: EDIVANEIDE MENEZES DE SOUZA. E-mail
 381 TENR.036 FERC 0.40 Total 4.78 Salvo 0073941 FPC020180600181.

Consulte Autenticidade em: www.dpe.pe.br/verificador

Edivaneide Menezes de Souza
 Substituta

DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(SE HOUVER):

Nome: _____, brasileiro(a), estado civil: _____
 Profissão: _____, portador(a) do RG _____, órgão expedidor _____
 e do CPF: _____, residente no(a) _____
 nº _____, bairro: _____, município: _____ I. _____

Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

TESTEMUNHAS

2ª Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

08 AGO 2019

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Número do Sinistro: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES
DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

Comprovante de residência

ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES : 064.809.724-22

Autorização de pagamento

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: 21/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

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: 16/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000000021527-9

Nr. da Autenticação 58FF0D87B0C16D43