

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127304 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127304

Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200127304

Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

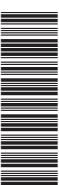
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na COMPREV SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 17 de Abril de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200127304

Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 14/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Valor: R\$ 945,00

Banco: 237

Agência: 000003212-3

Conta: 000001009494-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

1808.754.084-09 Maria do Socorro da Silva Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo:

Maria do Socorro da Silva Santos

6 - CPF:

1808.754.084-00

7 - Profissão:

Levou-se de TV e Pedro Carvalho

8 - Endereço:

Heliópolis

12 - Cidade:

Garanhuns

9 - Número:

07

10 - Complemento:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55270-000

16 - Tel. (DDD):

81 993609528

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (297) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: *3242*

CONTA: *30034941*

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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.

MFV

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

Dedico, 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):

PREVIDÊNCIA S/A

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou:

21 MAR 2020

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima Sim Não teve filhos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascit):

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Garanhuns - PE, 28.03.2020*

Maria do Socorro da Silva Santos

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 135ª CIRCUNSCRIÇÃO - GARANHUNS - DP135°CIRC DINTER1/18°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0225002470

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/12/2019 às 17:36**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 14/12/2019 às 13:03

Fato ocorrido no endereço: **RUA ERNESTO DOURADO, 1, CRUZAMENTO COM A DJALMA DUTRA, PROX AO ABRIGO SAO VICENTE** - Bairro: **HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

MOTOCICLISTA DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
DAVI DO NASCIMENTO SANTOS (NOTICIANTE)
MARIA DO SOCORRO SILVA SANTOS (VITIMA)
MAYRA DA SILVA SANTOS (VITIMA)

CO.

PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR 2020

PR. OCOLO
AGENCIAS RECIFE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): MOTOCICLISTA DESCONHECIDO

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

MOTOCICLISTA DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

MARIA DO SOCORRO SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA SANTOS** Data de Nascimento: **19/9/1975** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA PEDRO CAVALCANTE, 7, 9ª TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

MAYRA DA SILVA SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA PEDRO CAVALCANTE, 7, 9ª TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

DAVI DO NASCIMENTO SANTOS (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HILDA DIAS DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **23/3/1974** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **AVENIDA PEDRO CAVALCANTE, 7, 9ª TRAVESSA - CEP: 0 - Bairro: HELIOPOLIS - GARANHUNS/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA NÃO IDENTIFICADA (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **MOTOCICLISTA DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MOTOCICLISTA DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

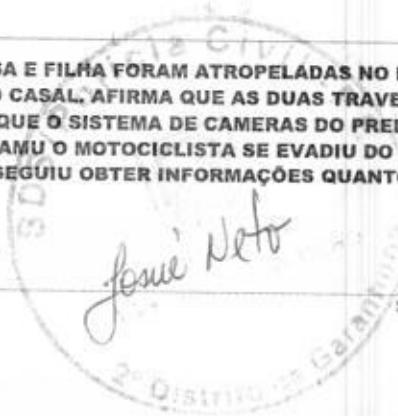
Complemento / Observação

O SENHOR DAVI COMPARCEU A ESTA DELEGACIA PARA NOTICIAR QUE SUA ESPOSA E FILHA FORAM ATROPELADAS NO LOCAL ACIMA CITADO. AFIRMA QUE MARIA SAIU DO TRABALHO E ESTAVA COM A FILHA DO CASAL, AFIRMA QUE AS DUAS TRAVESSAVAM A RUA QUANDO UM MOTOCICLISTA AS ATROPELOU JÁ QUASE NA CALÇADA. AFIRMA QUE O SISTEMA DE CÂMERAS DO PREDIO NA ESQUINA TEM IMAGENS DO ATROPELAMENTO. AFIRMA QUE APÓS A CHEGADA DO SAMU O MOTOCICLISTA SE EVADIU DO LOCAL NÃO DEIXANDO QUALQUER TIPO DE IDENTIFICAÇÃO. AFIRMA AINDA QUE NÃO CONSEGUIU OBTER INFORMAÇÕES QUANTO A IDENTIDADE DO AUTOR DO ATROPELAMENTO E NEM DA MOTOCICLETA.

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

X *Davi do nascimento Santos*

DAVI DO NASCIMENTO SANTOS
(NOTICIANTE)



B.O. registrado por: **JOSUÉ FERREIRA DA SILVA NETO** - Matrícula: 350759-9

Josué Neto



DIREÇÃO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

1808.754.084-09 Maria do Socorro da Silva Santos

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL)- CIRCULAR SUSEP NR 445/2012

5 - Nome completo:

Maria do Socorro da Silva Santos

6 - CPF:

1808.754.084-00

7 - Profissão:

Levou-se de TV e Pedro Carvalho

8 - Endereço:

Heliópolis

12 - Cidade:

Garanhuns

9 - Número:

07

10 - Complemento:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55270-000

16 - Tel. (DDD):

81 993609528

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 6 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:

RECUZO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (297) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: *Bradesco*

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA: *3242*

CONTA: *30034941*

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor de 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.

MFV

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

Dedico, 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):

PREVIDÊNCIA S/A

Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou:

21 MAR 2020

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim Não

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

28 - Vítima Sim Não teve filhos:

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascit):

Sim Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou Sim pais/avós vivos? Não

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

34

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

Garanhuns - PE, 28.03.2020

Maria do Socorro da Silva Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

40 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50200-902
CNPJ 10.835.952/0001-08 | Ins. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

MÔNICA CHARLENE DA SILVA PEREIRA

CPF: 033.466.244-39

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
Residencial

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
080719018	UNICA	27/11/2019
TIPO DE VENDA	TIPO DE CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
27/11/2019	2016872090	6410954

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

TV 9 PEDRO CAVALCANTÉ 7

HELIOPOLIS/GARANHUNS
GARANHUNS/PE
55290-000

DATA DE VENCIMENTO	MESMO
04/12/2019	11/2019
04/12/2019	28/12/2019
	77,01

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
00,00000	0,76566762	0,17
		4,61
		3,47
		1,53
		0,35
		0,20
		77,01

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTS	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2181457/02	CAT	26/10/2019	01/11/2019	5	0,0000	—	77,01

HISTÓRICO DE CONSUMO

PERÍODO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPONENTES DO CONSUMO
01/10/19	ICMS	Consumo de Energia R\$ 24,85 34,31%
01/10/19	PIS	Transmissão R\$ 2,47 3,41%
01/10/19	COFINS	Distribuição (Celpe) R\$ 15,02 20,74%
01/10/19		Paradas de Freio/gás R\$ 4,73 6,52%
01/10/19		Impostos Sociais R\$ 3,53 4,87%
01/10/19		Total R\$ 72,43 100%

TARIFAS APLICADAS

Consumo de energia R\$ 0,76566762

CO.

PREVIDÊNCIA S/A

21 MAR 2020

PROTOCOLO
AGECIA RECIFE

00CE A021 CAA2 02D3 0120 019E 11D8 21D4

Data da leitura e transmissão é 01/11/2019. Não é mais obrigatório enviar anexo ao boleto de pagamento quando houver variação no consumo de energia ou no valor da tarifa de fornecimento. Pago em atraso, o cliente paga multa de R\$ 100,00 (cem reais) a partir do dia 15/4/2002, é aplicada da mesma forma, para o cliente que não efetuou o pagamento do débito definido por lei e não puder ser abatido com multa.

Na condição de gerador de
residencial (Residencial Ativo),
é permitido fornecer os
serviços prestados e praticados em
ambiente adequado para
consumo, em local comprovado
de pertinência da rede
www.celpe.com.br

ENUNCIADO DE INTEGRIDADE DAS INFORMAÇÕES

CONSUMO	VALOR APARADO	LIMITE MENSAL	LIMITE TRIMESTRAL	LIMITE ANUAL	TENSÃO NOMINAL (V)	LIMITE DE VARIAÇÃO
EDC	0,00	0,00	0,00	0,00	220	±2%
FDC	0,00	0,00	0,00	0,00		
GMC	0,00	0,00	0,00	0,00		

União Eletrobrás - UEB - Valor público pago de fatura de setembro de 2019 a R\$ 0,76566762

CONTA CONTRATO MÊS ANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$)
7034029169 11/2019 04/12/2019 77,01

FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro 936806	Data e Hora do Atendimento 14/12/2019 às 13:03:12	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada EMERGÊNCIA ORTOPEDIC
------------------------------	--	--	--

Informações prestadas pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000074555 - MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

CNS: 706:03711555072 Nascimento: 19/09/1975 Idade: 44 anos Sexo: Feminino Cor: Parda

Estado Civil: Solteiro(a) Profissão: AUX S GERAIS Naturalidade: GARANHUNS - PE Nacionalidade: Brasileiro

Documento: RG - 4213231

Filiação:
Pai: ROBERTO FRANCISCO DOS SANTOS
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA SANTOS

Endereço (Av., Rua, etc) RUA FRANCISCO BRANCO, Nº. 14

Complemento:

Bairro: BRASILIA

Cidade: Garanhuns

UF: PE

Telefone: (87) 9940-7839

Acompanhante:

Acidente de trabalho: Sim Não

Ocorrência:

Meio de Transporte:

Procedência: BRASILIA

Atendimento Médico:

Data / / Hora

Médico:

CRM:

Queixa Principal:

HDA:

(Handwritten signature)

Médico:

CRM:

(Handwritten notes)

*Cartão Telefônico
CNPJ 23.320.100/0001-33*

História do Trauma:

Perda da Consciência: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Episódio Emagro. Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Acidente de Trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>
--	---	--

Acidente de Trânsito: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Type
--	------

Colisão: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro <input type="checkbox"/>
---	--

Atropelamento: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Local do Impacto:
---	-------------------

Vítima de Ferimento: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Tipo	Sofreu Queda: Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Altura:
---	------	--	---------

Queimadura: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por	Transporte realizado por:
--	-----	---------------------------

Condições de imobilização adequada: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Por que:
--	----------

Exame Físico: <i>(Handwritten signature)</i>	Via aérea está aberta: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	O paciente fala: Sim <input type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/>	Temp:
--	---	---	-------

A: Geral

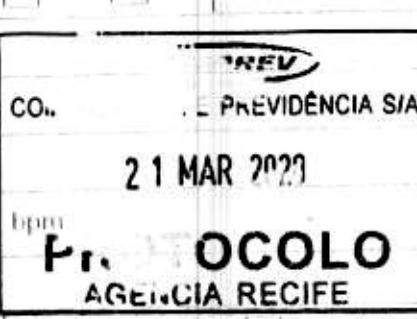
Via aérea está aberta: Sim Não

O paciente fala: Sim Não

Temp:

B: Respiratório

(Handwritten signature)



C: Circulatório

PF. mm Hg Pulso:

bpm
Pupilas: Isocônicas | Anisocônicas
Pupils: Isocônicas | Anisocônicas

D: Exame Neurológico

Deficiência motora: MSD MSI MID MIE

Glasgow: Resposta Mota: Pupilas: Isocônicas | Anisocônicas

Glasgow: Abertura Ocular
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Verbal
Escore: Hora:

Glasgow: Resposta Mota: Pupilas: Isocônicas | Anisocônicas

05

06

E: Abdômen

Diagnóstico Inicial:

f RUMINANTIBIA

Exames Solicitados

Resultado dos Exames:

Tratamento/Procedimento:

TMA BOMA

Cód. Procedimento

Indicação Cirúrgica: Sim Não Motivo

Ass. Médico + Carimbo

Ass. Enfermeira + Carimbo

Diagnóstico Definitivo:

O MÓSICO

Diagnóstico do Caso:

Internamento Cirurgia Óbito Termo de Alta a pedido Evadiu-se

Condição da Alta:

Curado Melhorado

Inalterado Piorado

Óbito

Transferido para:

Internado na Clínica

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:

Médico:

CRM:

Data: / / Hora:

Termo de Responsabilidade para Internamento

Estou ciente das normas existentes neste Hospital, as quais aceito integralmente e assumo a responsabilidade pelo meu tratamento.

CONSIDERANDO o PREVIDÊNCIA S/A

que realização de tratamento e internamento se tornem necessários.

21 MAR 2020

Pr. OCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente deste nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento de todas as consequências que deste ato possam advir.

Data: / /

Nome Completo Legível:

Nº da Identidade:

Assinatura:

LAUDO MÉDICO E ATESTADO MÉDICO
(AO INSS - PERÍCIA MÉDICA)

PACIENTE: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO ESTEVE INTERNADO EM NOSSO SERVIÇO ONDE FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS MELHORA CLÍNICA.

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O (A) PACIENTE ACIMA CITADO NECESSITA AFASTAR-SE DAS ATIVIDADES LABORAIS POR UM PÉRIODO DE 90 (NOVENTA) DIAS A PARTIR DESTA DATA.

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA DO HOSPITAL MEMORIAL JABOATÃO PARA CONSULTA DE RETORNO NO DIA E HORÁRIO MARCADO ABAIXO.

CID-10: S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍbia

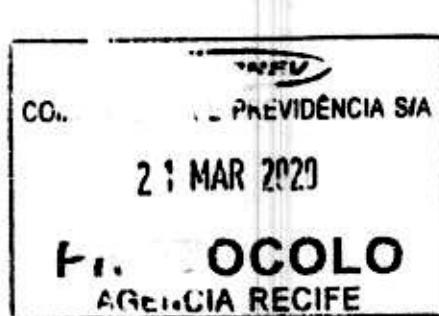
DATA DE INTERNAMENTO: 21/12/2019

DATA DA CIRÚRGIA:

DATA DE ALTA: 23/12/2019

DATA CONSULTA DE RETORNO: 09/01/2020 HORÁRIO: 10:00

MEDICO ASSISTENTE: DR. ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO



JABOATÃO DOS GUARARAPES, 23 DE DEZEMBRO DE 2019

MEDICO: ELDER DE VASCONCELOS CARVALHO

Dr. Elder Carvalho
Orthopedia
CRM - PE 22023



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.213.231 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/04/2011

NOME << MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS >>

FILIAÇÃO << ROBERTO FRANCISCO DOS SANTOS >>
<< MARIA JOSE DA SILVA SANTOS >>

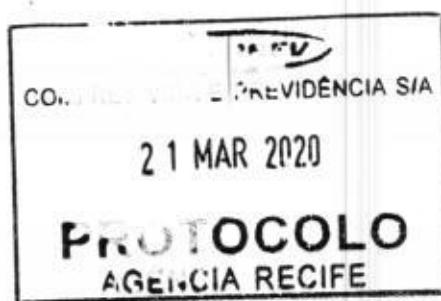
NATURALIDADE GARANHUNS - PE DATA DE NASCIMENTO 19/09/1975

DOC. ORIGEM << 075796 01 55 1977 1 00027 033
0003093 19 GARANHUNS-PE >>

CPF 808.754.084-00

ASSINATURA DO DIRETOR: LEIN 7116 DE 2011

R F-43 77.792 3422



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: **808.754.084-00** 4 - Nome completo da vítima: **Maria do Socorro da Silva**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

Maria do Socorro da Silva Santos 6 - CPF: **808.754.084-00**
 7 - Profissão: **Reclusa - se** 8 - Endereço: **Tv 9 Pedro Cavalcante** 9 - Número: **07** 10 - Complemento:
 11 - Bairro: **Heliópolis** 12 - Cidade: **Garanhuns** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **552290-000**
 15 - E-mail: **(81)9.9258.9087**

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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: **3212**

CONTA: **1009494** 1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atende 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que ~~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.

COMPRA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

34
Impressão
digital da
víma ou
beneficiário
não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

09 ABR 2020

39 - 2º | Nome:

CPF:

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, **Garanhuns 07/04/2020**

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) **Maria do Socorro da Silva Santos**

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

000 000 0000 0000

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

NÃO ALFABETIZADO



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

09.321.243-72

08-04-2011

DAVI DO NASCIMENTO SANTOS

JOÃO ABILIO DOS SANTOS

HILDA DIAS DO NASCIMENTO

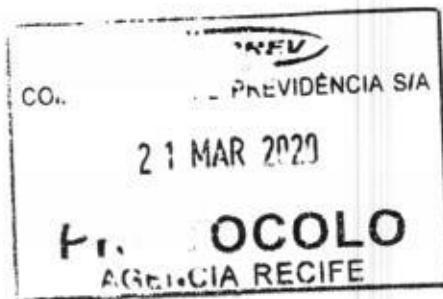
FÁTIMA - BA

23-03-1974

C.NAS. CM CÍCERO DANTAS BA DS
FÁTIMA LV A01 FL 190 RT 000157
013.153.675-30

Rua Ildeu Vaz de Oliveira, 500

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200127304 **Cidade:** Garanhuns **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 14/12/2019 **Seguradora:** MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. P4

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

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
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0100502/20

Vítima: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

CPF: 808.754.084-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 14/12/2019

Titular do CPF: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

Seguradora: MG SEGUROS, VIDA E PREVIDENCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS : 808.754.084-00

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: 21/03/2020
Nome: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS
CPF: 808.754.084-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2020
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA DO SOCORRO DA SILVA SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03212-3

CONTA: 00001009494-1

Nr. Autenticação

BRADESCO1504202005000000000237032120000100949494500 PAGO