

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

094.391.214-83

4 - Nome completo da vítima:

CINTHIA MARIA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

CINTHIA MARIA DA SILVA

7 - Profissão:

REC INF

8 - Endereço:

RUA 1 NOVA BETEL

6 - CPF:

094.391.214-83

9 - Número:

01

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

NOVA BETEL

12 - Cidade:

TORITAMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55125-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(84) 9665-0454

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

INTER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0001

9

CONTA:

6079254

0

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 atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

• O IML que atenda a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise no 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 do Segurado Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

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 (vel nascido)?

☐ 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 provarão 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 14 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 28 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TORITAMA, 14 de MAIO DE 2020.

Cintia Maria da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200177820 **Cidade:** Toritama **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA **Data do acidente:** 16/01/2020 **Seguradora:** ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: TCE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM REGIÃO OLFATÓRIA LOBO TEMPORAL DIREITO, REGIÃO MEDIAL LOBO FRONTAL DIREITO E EM LOBO FRONTO, ACOMPANHADAS DE EDEMA PERI LESIONAL E LESÃO EXTRA-AXIAL EM HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO COMPATÍVEL COM HEMATOMA SUBDURAL

Descrição do exame físico: VÍTIMA COM FÁCIAS DE DOR, DEAMBULA COM APOIO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR
SEM COMPLICAÇÕES
ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: DEFICIT FUNCIONAL LEVE EM SNC

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 28/05/2020

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS EM SNC, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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
Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3200177820
Nome do(a) Examinado(a): Cinthia Maria da Silva
Endereço do(a) Examinado(a): R Um Nova Betel, 1
Lotto Nova Betel Toritama PE CEP: 55125-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 8514039
Data local do acidente: [16/01/2020]
Data local do exame: [28/05/2020] Caruaru [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
TCE COM CONTUSÕES HEMORRÁGICAS EM REGIÃO OLFATÓRIA LOBO TEMPORAL DIREITO, REGIÃO MEDIAL LOBO FRONTAL DIREITO E EM LOBO FRONTAL, ACOMPANHADAS DE EDMA PERILESIONAL E LESÃO EXTRA-AXIAL EM HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO COMPATÍVEL COM HEMATOMA SUBDURAL
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: TRATAMENTO CONSERVADOR
Complicações: NDN
Data da Alta: V?TIMA N?O APRESENTOU DOCUMENTOS
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
VÍTIMA COM FÁCIAS DE DOR, DEAMBULA COM APOIO
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
DANO NEUROLÓGICO
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 (*).
- | | |
|--|--|
| <p>() "Vítima em tratamento"
Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</p> | <p>() "Sem sequela permanente"
(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</p> |
|--|--|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|--|--|
| <p>Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM IMPEDIMENTO DO SENSO DE ORIENTAÇÃO ESPACIAL E DO LIVRE DESLOCAMENTO CORPORAL
% do dano: () 10% residual (X) 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo</p> |
- 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

Dra. Andrea Rodrigues Madeira
CPF - 846.667.813-15
CRM/PE - 19953


Andrea R. Madeira
CRM - 19953



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
COInter/1 - 8º Grupamento de Bombeiros

Surubim-PE, 10 de fevereiro de 2020.

Saulo S. Gusmão
SAULO SILVA GUSMÃO - Ten Cel QOC-BM
Comandante

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA n° Div. Op. 003/20-8ºGB

O auxiliar administrativo do 8º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco, por solicitação do Sr. CINTIA MARIA DA SILVA RG: 9.514.939 SDS-PE, endereço: Sítio Galdas - Zona Rural - Caruaru - PE. Certifico que às 14h32min do dia 16 de janeiro de 2020, a VT AR 627 de 3ºGB/8ºGB Toritama, foi deslocada para o Sítio Galdas, zona rural de Caruaru-PE, a fim de atuar em uma ocorrência de colisão entre motocicletas, onde vítima a Bra. Cintia Maria da Silva RG n° 9.514 939 SDS-PE. Uma das motocicletas envolvidas seria uma moto CG Honda, cor predominante verde, placa não identificada, conduzida pelo Sr. Edvaldo Severino dos Santos RG n° 7.316.900 SDS-PE. Que após as avaliações primária e secundária, não foi constatado nenhuma escoriação e, ou fratura aparente. Onde a vítima socorrida, foi conduzida para o Hospital de Toritama. Entregue ao profissional médico Lázaro Luis Souza CRM n° 25266. Nada mais havendo a certificar do que consta nos registros do Histórico Médico, que se encontra arquivado na Divisão de Operações, segue assinado, com a ciente do 8ºGB e aprovado por mim, 1º SGT BM LUIZ ÂNGELO DA SILVA SILVEIRA, respondendo como auxiliar de Divisão de Operações do 8ºGB.



LUIZ ÂNGELO DA SILVA SILVEIRA - 1º SGT BM

Administrativo/8ºGB

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: 03/06/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

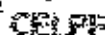
CLIENTE: CINTHIA MARIA DA SILVA

BANCO: 077

AGÊNCIA: 00001

CONTA: 000006079254-0

Nr. da Autenticação 2D1374CFE8BF0619



Compêlita Energética do Pantanal
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE. CEP 50053-002
CNPJ: 09.595.938/0001-50 | Insc. Est. 0329643-05 | www.ceeluzp.com

ADRIANA MACIELA DE A. FERNANDES

ಪ್ರಾಚೀನವಾದುದು. ಅದರಲ್ಲಿಯೂ ಅನೇಕವು.

RLA J.440 B.11574.2012

CPF: 965 284 444-24

6452355

81 RESIDENCIAL
RESIDENCIAL
MANOELSA

CENTRO SURURBANO
SURURBIM PE
55750-110

061289904 UNCA ESTIMATED

071012020. 1 201118046 1 2753009

438C

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Água (MWh) - TUSD	60,0000000	0,4285818	25,71
Consumo Água (MWh) - TE	88,0000000	0,36479625	32,01
Adicional de Escoamento AMARELA			1,38
Contribuição Póliça Municipal			5,49
ICMS Substituído - CEE - NF 078728097,07/0014			8,79

NOTES ON CONTRIBUTORS

EMPDO RENDIDOR	TIPO DA FUNDADA	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE CÓPIAS	EXEMPLARTE	ANUETE	CONSUMO (COP)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
XXXXXX	LAT.	06/01/2019	20 477,163	07/01/2020	20 483,145	28	XXXXXX		8800

[illegible]

ANJ2B1E7-A457 8372 FLOW 8089 14/11/08

Page 10 of 10

DATE	CITY	COUNTRY	CITY	COUNTRY	CITY	COUNTRY	TOTALS	
							NUMBER	PERCENT
1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988
1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033
2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	2041	2042
2043	2044	2045	2046	2047	2048	2049	2050	2051
2052	2053	2054	2055	2056	2057	2058	2059	2060
2061	2062	2063	2064	2065	2066	2067	2068	2069
2070	2071	2072	2073	2074	2075	2076	2077	2078
2079	2080	2081	2082	2083	2084	2085	2086	2087
2088	2089	2090	2091	2092	2093	2094	2095	2096
2097	2098	2099	2100	2101	2102	2103	2104	2105
2106	2107	2108	2109	2110	2111	2112	2113	2114
2115	2116	2117	2118	2119	2120	2121	2122	2123
2124	2125	2126	2127	2128	2129	2130	2131	2132
2133	2134	2135	2136	2137	2138	2139	2140	2141
2142	2143	2144	2145	2146	2147	2148	2149	2150
2151	2152	2153	2154	2155	2156	2157	2158	2159
2160	2161	2162	2163	2164	2165	2166	2167	2168
2169	2170	2171	2172	2173	2174	2175	2176	2177
2178	2179	2180	2181	2182	2183	2184	2185	2186
2187	2188	2189	2190	2191	2192	2193	2194	2195
2196	2197	2198	2199	2200	2201	2202	2203	2204
2205	2206	2207	2208	2209	2210	2211	2212	2213
2214	2215	2216	2217	2218	2219	2220	2221	2222
2223	2224	2225	2226	2227	2228	2229	2230	2231
2232	2233	2234	2235	2236	2237	2238	2239	2240
2241	2242	2243	2244	2245	2246	2247	2248	2249
2250	2251	2252	2253	2254	2255	2256	2257	2258
2259	2260	2261	2262	2263	2264	2265	2266	2267
2268	2269	2270	2271	2272	2273	2274	2275	2276
2277	2278	2279	2280	2281	2282	2283	2284	2285
2286	2287	2288	2289	2290	2291	2292	2293	2294
2295	2296	2297	2298	2299	2300	2301	2302	2303
2304	2305	2306	2307	2308	2309	2310	2311	2312
2313	2314	2315	2316	2317	2318	2319	2320	2321
2322	2323	2324	2325	2326	2327	2328	2329	2330
2331	2332	2333	2334	2335	2336	2337	2338	2339
2340	2341	2342	2343	2344	2345	2346	2347	

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 227206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu EDUARDO JOSÉ DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 574.940.534 / 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário CINTHIA MARIA DA SILVA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 094.391.214 / 83 do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
CINTHIA MARIA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 094.391.214 / 83 conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>RUA JOÃO BATISTA</u>		Número: <u>370</u>	Complemento: <u>CASA</u>
Cidade: <u>CENTRO</u>	Cidade: <u>SURUBIM</u>	Estado: <u>PE</u>	CEP: <u>55750-000</u>
E-mail: _____		Telefone comercial (DDD): <u>(81) 9.9665-0454</u>	Telefone celular (DDD): <u>(81) 9.8133-5022</u>

SURUBIM 14 de MAIO de 2020.
Local e Data

X Eduardo José de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

Toritama, 18 de Março de 2020.

Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima
Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 050/2020

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **CINTHIA MARIA DA SILVA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor (a) **CINTHIA MARIA DA SILVA** deu entrada nesta unidade no dia 16/01/2020 sob o registro 95884-1 como consta no prontuário.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

Mateus Tavares
Portaria 387 - SMS
Coordenador de Unidade de Saúde
Mateus Emanuel Tavares
Coordenador da Unidade de Saúde

Unidade: 2-1 - HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FATIMA		Data e Hora da Chegada 16/01/2020 às 15:22	
Paciente: 49872-1 CINTHIA MARIA DA SILVA	Nascimento: 14/04/1986		
Sexo: Feminino RG:	Idade: 34 ano(s) e 20 dia(s)		
Município: TORITAMA	UF: PE		
Logradouro: 1, 06	Localidade: NOVA BETEL		
Profissão:	Telefone: (81) 89866924 / ()		
CNS Pac.:	Celular: ()		
Nome Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA			
Ass. Paciente ou Resp: _____			
Nome Responsável. Quando menor: _____		Polígrafo	
Grau Parentesco: _____		NP Registro: 95884-1	

LAUDO DA TRIAGEM

Data	Hora	Profissional	Descrição
16/01/2020	15:24	AGENDA INTEGRADA	Pulso (bpm): 87; Saturação de O ₂ (%): 98; Glicemia Capilar (mg/dL): 174; 120 / 80; Observação: Trazida pelo corpo de bombeiros, refere náusea, episódio de ânsia S/C, episódio de síncope S/C. DOR MODERADA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ORIENTAÇÃO

Data	Hora	Profissional	Descrição
------	------	--------------	-----------

HISTÓRIE DIAGNÓSTICA

CD	CD	CD	CD
030100061	R520	DOR AGUDA	228-1-LAZARO LUIS SOUZA

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO SEM CAPACETE EVOLUI COM TCE LEVE E VÔMITO
HÁ 1 HORA

PROCEDIMENTOS

CD	CD	CD	CD
030100061	ATENÇÃO DE URGÊNCIA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA		
030100062	ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA POR PACIENTE	CD 1 - LÍCIA TELES ANDRADE CARVALHO	16/01/2020

MEDICAMENTOS

CD	CD	CD	CD
----	----	----	----

EXAMES

CD	CD	CD	CD
----	----	----	----

PRESCRIÇÕES / ORIENTAÇÕES

Data	Hora	Medicações/Orientações	Execução	Responsável/Prescrição
16/01/2020	15:27	COMPLEXO B (INJETÁVEL 2ML, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)		LAZARO LUIS SOUZA
16/01/2020	15:27	DIPLOFENICO 50MG/25ML 3MG/100 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAMUSCULAR (Uso Externo)		LAZARO LUIS SOUZA
16/01/2020	15:27	DEXAMETASONA 4MG/ML INJ, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)		LAZARO LUIS SOUZA
16/01/2020	15:27	STREPTO C SÓLIDO 250MG/100 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)		LAZARO LUIS SOUZA
16/01/2020	15:27	METOCLOPRAMIDA 10MG INJ AMPOLA 2ML, 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)		LAZARO LUIS SOUZA
16/01/2020	15:28	SOLUÇÃO DIFERENÇIAL 500MG/100 1 AMPOLA, APLICAÇÃO IMEDIATA, INTRAVENOSA (Uso Externo)		LAZARO LUIS SOUZA

Profissional Responsável

SENHA DA REGULAÇÃO

HR

Secretaria do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

RÉQUETA

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO 1709741	Data e Hora do Atendimento 22/01/2020 01:19	Local de Entrada EMERGENCIA GERAL
Nº ATEND: 1536713	Paciente: CINTIA MARIA DA SILVA	Nº Grau:
Data de Nascimento: 14/04/1986	Data: 33h 9m 9s	Sexo: FEMININO
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: 	Acompanhante: JANAINA ZELIA DA SILVA
CCPC (ID) e Data Expedição: 8514039 07-ABR-08	Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA	
	Pai: JOSE RAIMUNDO DA SILVA	
		Cadastro SUS: 708100563364234
Endereço: NÃO INFORMADO		
Cidade: NOVA BETEL		
UF: TOCANTINS		
Observações:		

Motivo do atendimento: **ENCAMINHAMENTO NEURO CIRURGICO**Procedência: **OUTRO HOSPITAL**

Informações do Serviço Social

Comunicação de nome			
Comunicação de endereço			
Proteções	☒ Mãe ☐ Casa ☐ Social		
Encaminhamentos	Held de Apoio ☐ OFCA ☐ Com Tutores ☐ Delegatarias ☐ Oficial Público ☐		
Observações	22/01/2020 - Paciente encaminhada de outro hospital para atendimento neurocirúrgico		

Assinatura Médico

Atendimento Médico

Exame de Urina	Sim ☐ Não ☐	Exame de Fezes	Sim ☐ Não ☐	Exame de Tórax	Sim ☐ Não ☐
Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐	Exame de Urina	Sim ☐ Não ☐	Exame de Tórax	Sim ☐ Não ☐
Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐	Exame de Urina	Sim ☐ Não ☐	Exame de Tórax	Sim ☐ Não ☐
Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐	Exame de Urina	Sim ☐ Não ☐	Exame de Tórax	Sim ☐ Não ☐

Exame Físico

A. Card. Via Arterial	Sim ☐ Não ☐	Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐
-----------------------	---	-----------------	---

Exame de Sangue

Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐	Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐
-----------------	---	-----------------	---

Exame de Sangue

Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐	Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐
-----------------	---	-----------------	---

Exame de Sangue

Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐	Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐
-----------------	---	-----------------	---

Exame de Sangue

Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐	Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐
-----------------	---	-----------------	---

Exame de Sangue

Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐	Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐
-----------------	---	-----------------	---

Exame de Sangue

Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐	Exame de Sangue	Sim ☐ Não ☐
-----------------	---	-----------------	---

Exame de Sangue

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL VA FERNANDES

PERNAMBUCO

PRESTADORES, CUIDADOS MÉDICOS E CONTROLE
DE APLICAÇÃO

MEDICAMENTO

DOSE

DATA

FORMAÇÃO

CUIDADOS

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Carimbo e Assinatura do Responsável



HOSPITAL MUNICIPAL
RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO



HOSPITAL MUNICIPAL
TORITAMA
RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente

NOME DO PACIENTE: Roberto Luiz de Jesus

DATA: 12/05/2010

LOCAL DE ORIGEM: Unidade de Saúde da Família

NOME DO TEC DE ENCAMINHAMENTO: Dr. Roberto Luiz de Jesus

PARA O HOSPITAL: Unidade de Saúde da Família SENHA 5355555

ENCAMINHAMENTO PARA: Unidade de Saúde da Família

Paciente admitido em 12/05/2010
com diagnóstico de hipertensão arterial
em uso de medicação com lisinapril
e hidroclorotiazida. Paciente com diabetes
em uso de insulina. Paciente com obesidade
e dislipidemia. Paciente com tabagismo
há 10 anos.

TC de tórax (sem lesões) e ecocardiograma
normal. Exame de urina normal. Exame de sangue
normal. Exame de fezes normal. Exame de imagem
normal. Exame de laboratório normal.

HP TC E + cardiograma normal. Exame de imagem
normal. Exame de laboratório normal.

DE ACORDO COM O MÉDICO

TORITAMA



ASSINATURA DO MÉDICO: Dr. Roberto Luiz de Jesus

Obs: Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

ENDEREÇO: Rua Nossa Senhora de Fátima

NOME COMPLETO: Roberto Luiz de Jesus

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 170374A
Nome: Con Jhu Maria da Silva
Foi atendido às 08:13 h do dia 22 / 07 / 2002
Diagnóstico Provável TCE / Contusão frontal
data da alta da 10 / 07 / 2002

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de:

CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCÓRIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS.: Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: Exame por 7 dias

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0152



DR. FILIPE LIVINO
NEUROLOGIA
CRM-PE 17.311

Cinthia Maria da Silva

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta em 15/01/2020, tendo sofrido TCE moderado. Cursa com cefaléia opressiva, de grande intensidade e vertigens.

TC de Crânio (20/01/2020): contusões hemorrágicas em região olfatória do lobo temporal D, em região medial do lobo frontal D e em lobo temporal D, acompanhadas por edema perilesional, sem ocasionar efeito de massa. Observa-se ainda pequena lesão extra-axial em hemisfério cerebral esquerdo compatível com hematoma subdural agudo.

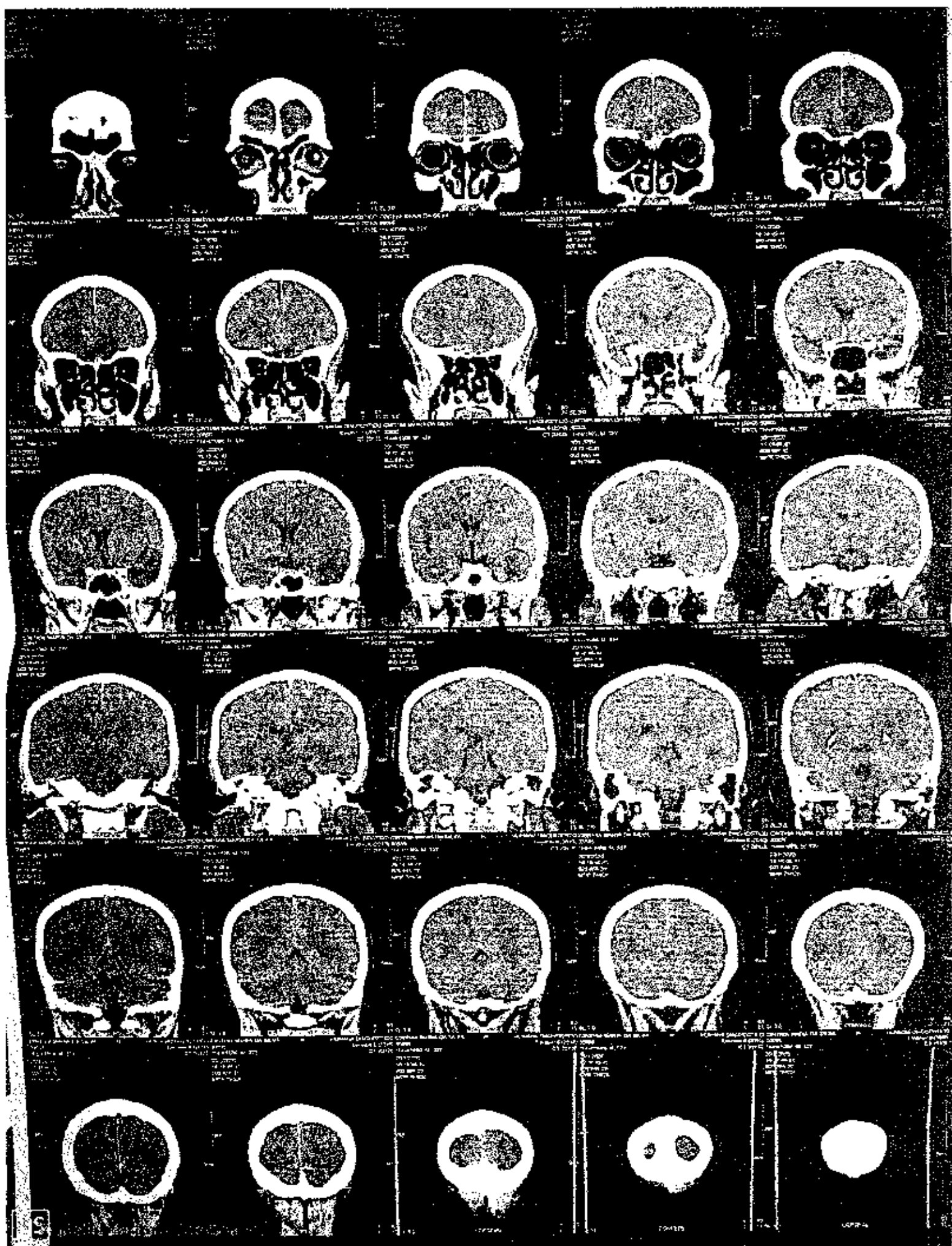
A paciente encontra-se orientada a manter repouso absoluto por 10 dias, associado a corticoterapia sistêmica, e repouso relativo por mais 20 dias, a realizar TC de Crânio para controle evolutivo e retornar para nova avaliação médica em 02/03/2020.

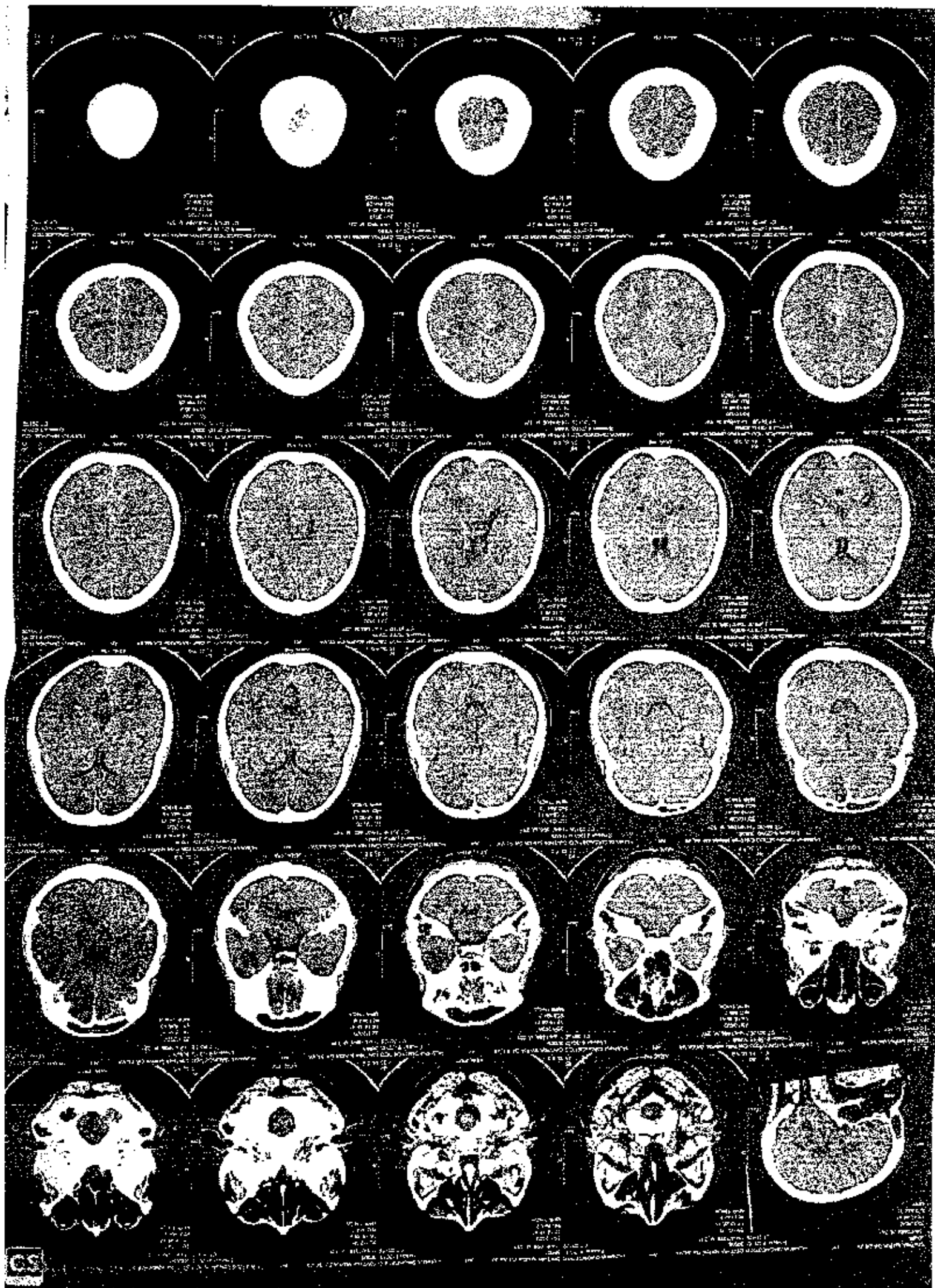
CID-10: T90.5

20/01/2020

Dr. Filipe Livino
Neurologia
CRM-PE 17.311

R. PARANAÍBA, Nº 171 - MAURÍCIO DE NASSAU - GARUARA/PE
FONE: (81) 3127.3909





CINTHIA MARIA DA SILVA

HAR

HUMANA DIAGNOSTICO CINTHIA MARIA DA SILVA

HAL

HUMANA DIAGNOSTICO



2.20.01.33
04 JMA 2
Mand. VRT

Emoção 6 (2010) 35895
CT 20125-14/4/1985, F. 33Y

4/3/2020
12:25:51.33
004 JMA 2
Mand. VRT

Emoção 6 (2010)
CT 20125

IPF

LA

CINTHIA MARIA DA SILVA
30395
14/4/1985, F. 33Y
4/3/2020
12:25:51.33
004 JMA 2
Mand. VRT

HIA

HUMANA DIAGNOSTICO CINTHIA MARIA DA SILVA
Emoção 6 (2010) 30395
CT 20125-14/4/1985, F. 33Y

HRA

HUMANA DIAGNOSTICO
Emoção 6 (2010)
CT 20125

4/3/2020
12:25:51.33
004 JMA 2
Mand. VRT

PR

ARE



CONTINHA MARIA DA SILVA

2004/1987, M, 33Y

20/11/2020

15:12:43.41

510 IMA 1

Mamã, VRT

HUMANA DIAGNOSTICO CONTINHA MARIA DA SILVA

Exame: S (2010) 00605

CT 20125 14/4/1988, M, 33Y

20/11/2020

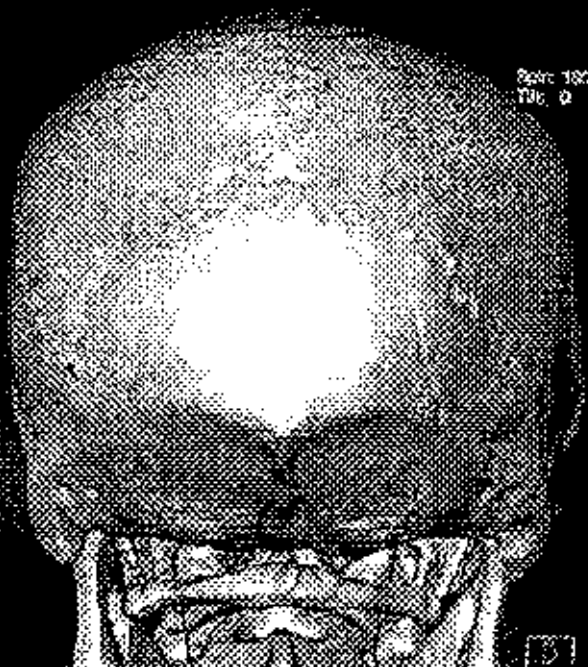
15:12:43.41

510 IMA 3

Mamã, VRT

H

1025
HUMANA DIAGNOSTICO
Exame: S (2010)
CT 20126



CONTINHA MARIA DA SILVA

2004/1987, M, 33Y

20/11/2020

15:12:43.41

510 IMA 2

Mamã, VRT

HUMANA DIAGNOSTICO CONTINHA MARIA DA SILVA

Exame: S (2010) 00605

CT 20126 14/4/1988, M, 33Y

20/11/2020

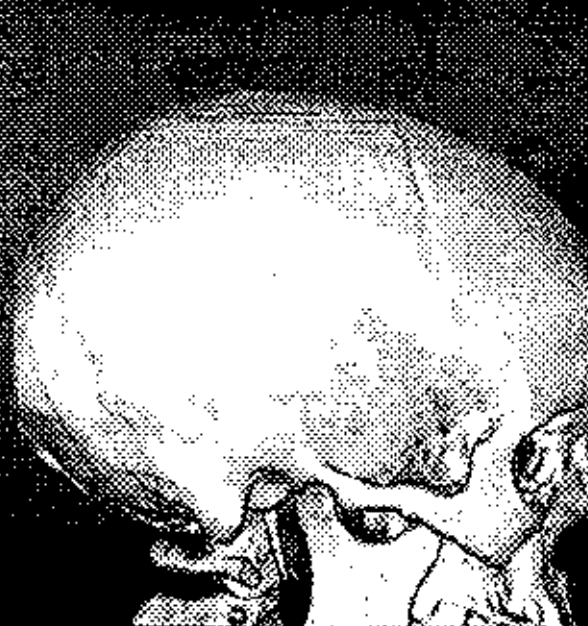
15:12:43.41

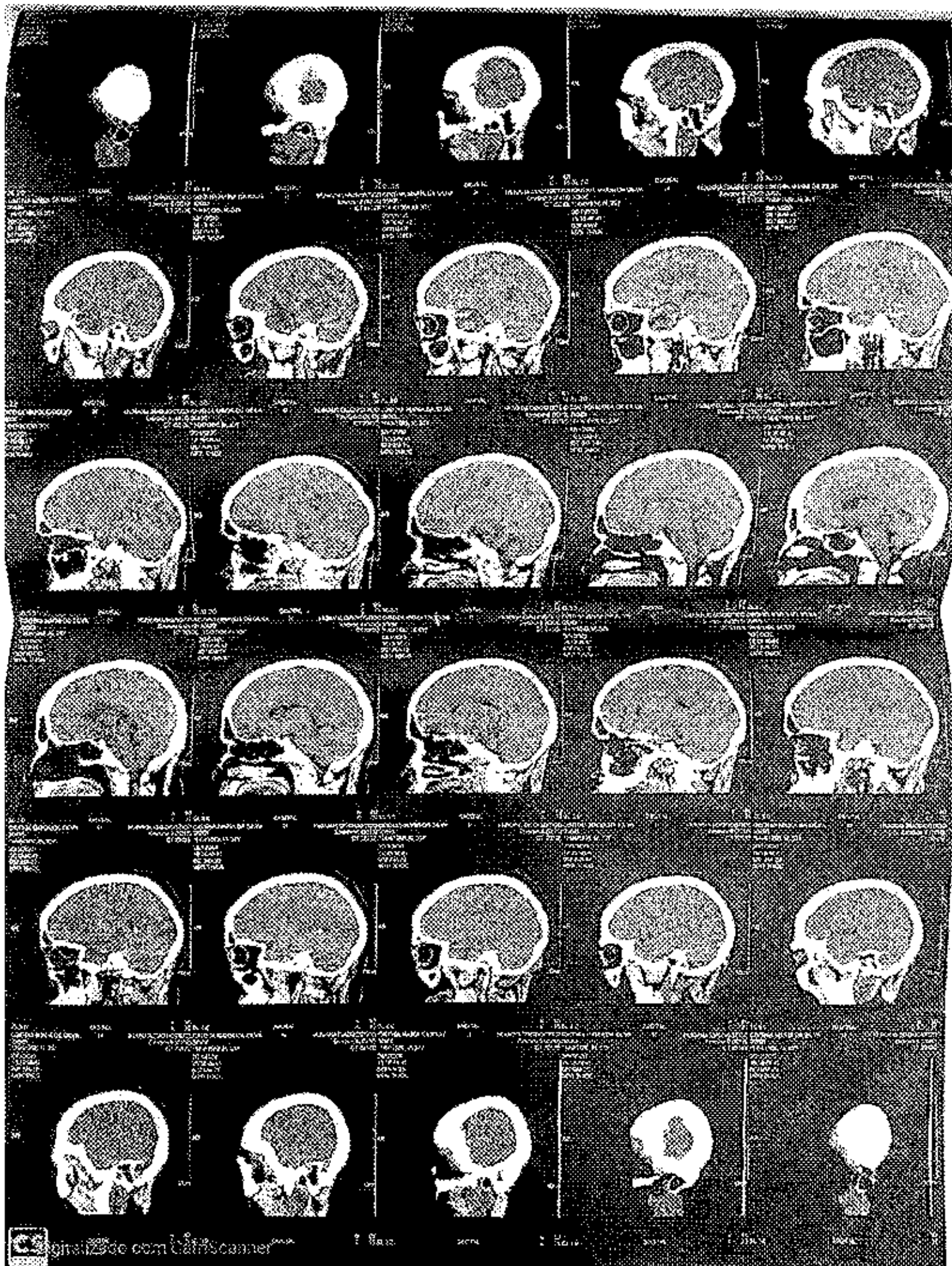
510 IMA 4

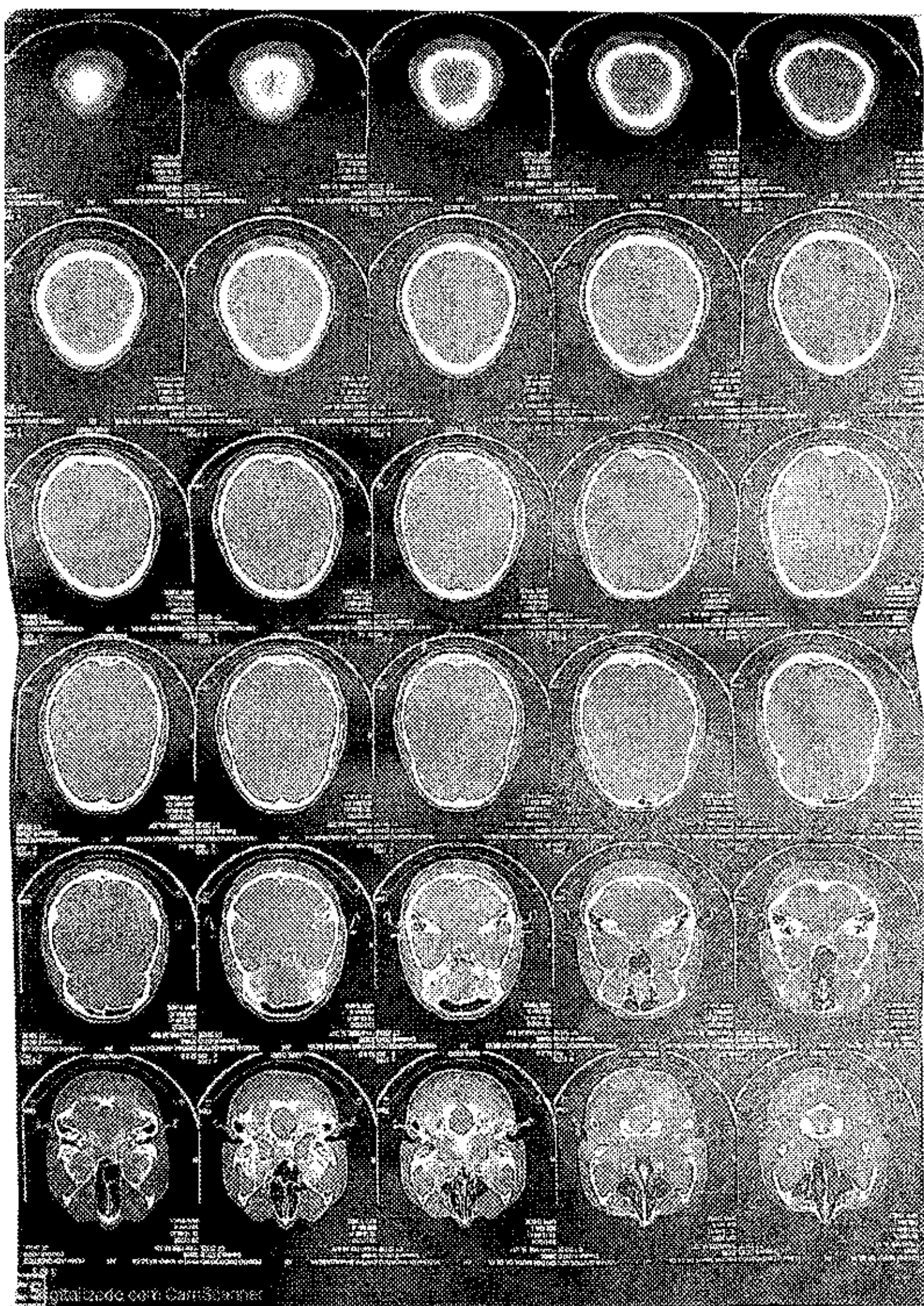
Mamã, VRT

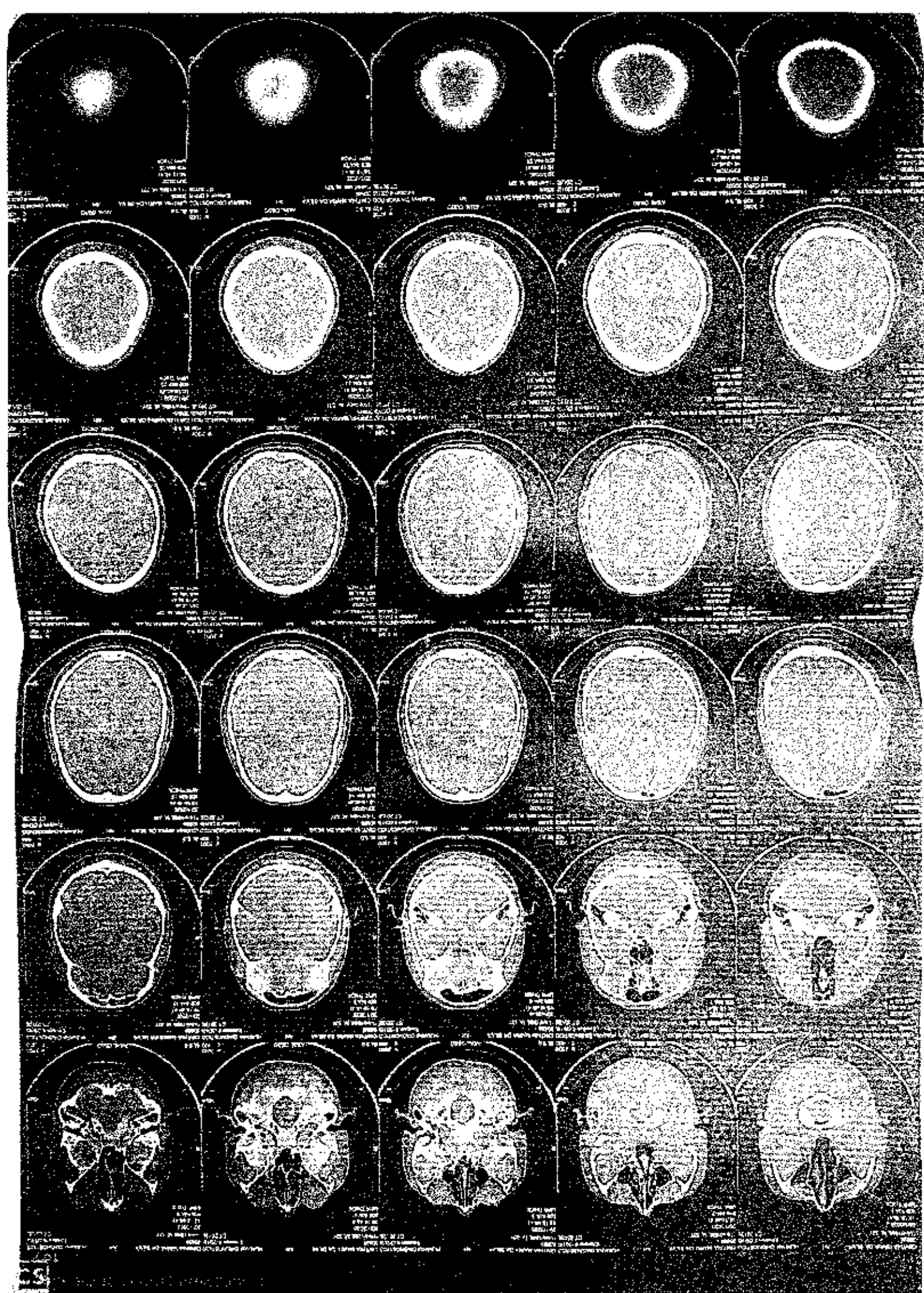
H

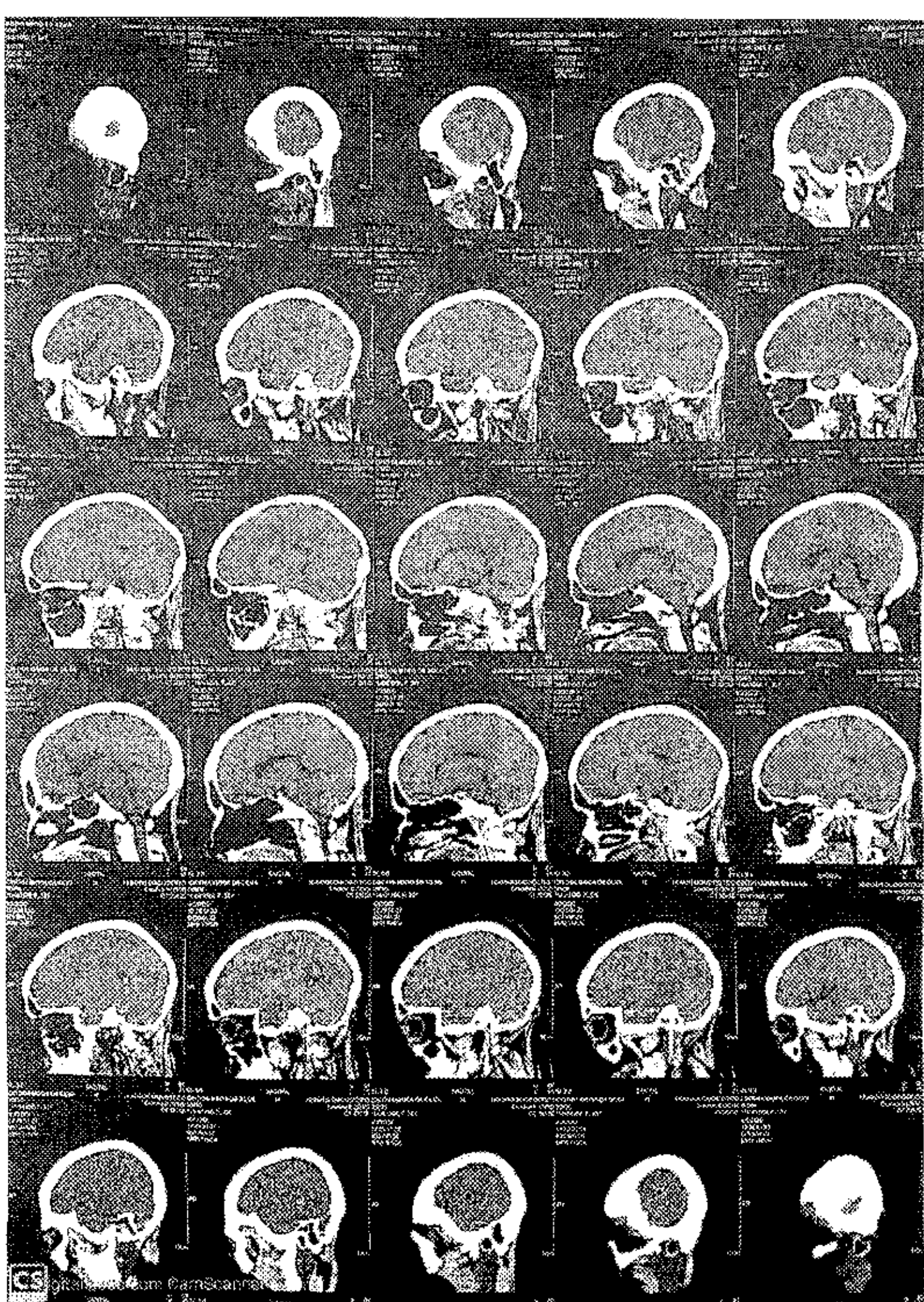
HUMANA DIAGNOSTICO
Exame: S (2010)
CT 20126

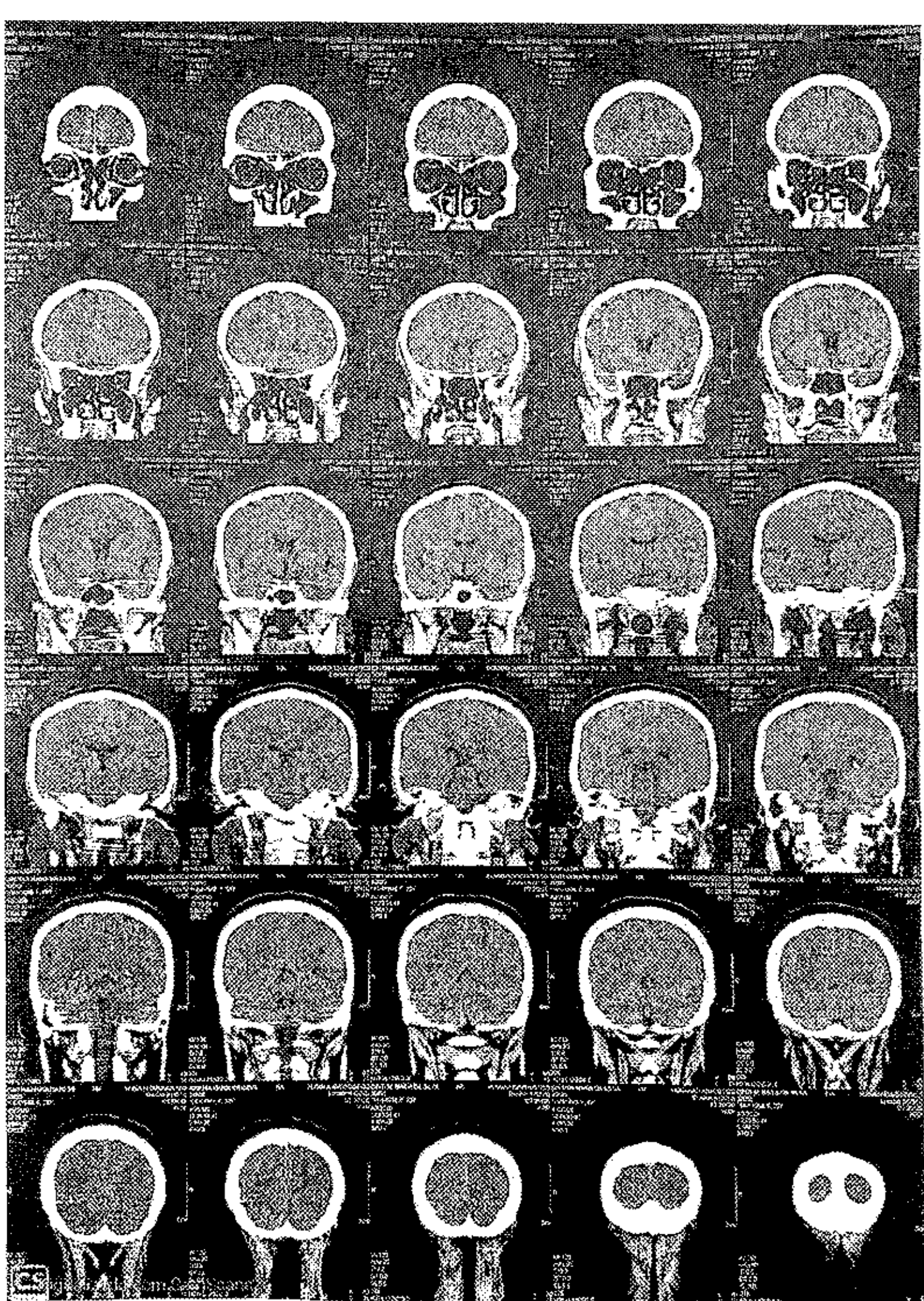












Cinthia Maria da Silva

LAUDO MÉDICO

Paciente vítima de acidente de motocicleta em 16/01/2020, tendo sofrido TCE moderado. Cursa desde então com cefaléia nual, irradiando-se para região fronto-temporal, associada a náuseas, fotofobia e quadro vertiginoso. O quadro apresenta-se refratário à terapia com Etoricoxib e Ceterolaco Trometamol e corticoterapia sistêmica. Adicionalmente a paciente cursa com prejuízo cognitivo interessado aos campos da memória, atenção, concentração, praxias e alterações do humor (o humor encontra-se extremamente lábil, alternando entre humor ansioso e depressivo).

TC de Crânio (20/01/2020): contusões hemorrágicas em região olfatória do lobo temporal D, em região medial do lobo frontal D e em lobo temporal D, acompanhadas por edema perilesional, sem ocasionar efeito de massa. Observa-se ainda pequena lesão extra-axial em hemisfério cerebral esquerdo compatível com hematoma subdural agudo.

DR. FILIPE LIVINO

NEUROLOGIA

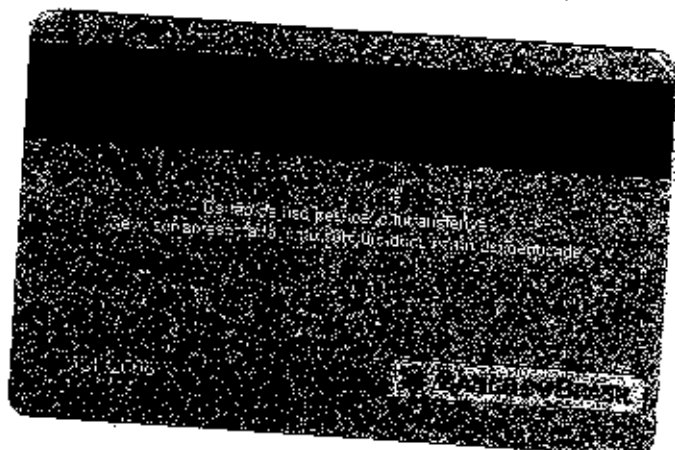
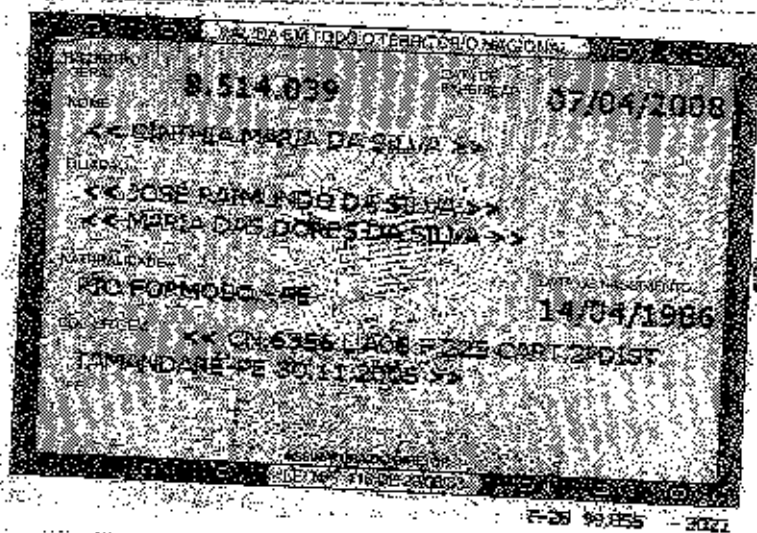
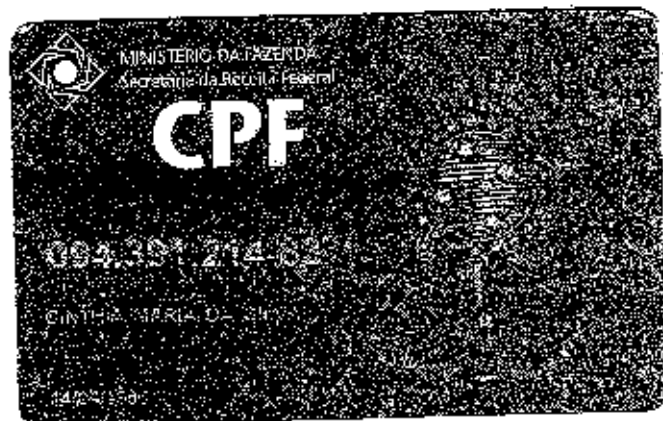
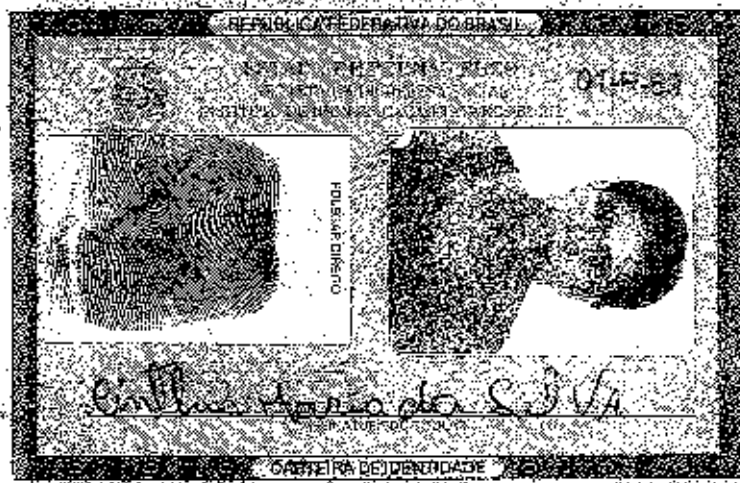
CRM-PE 17.311

Considerando-se o tempo decorrido entre o TCE e a atual avaliação, os prejuízos cognitivos e funcionais, bem como a refratariedade do quadro algíco, a paciente encontra-se **INCAPACITADA** ao exercício do trabalho por período indefinido, sendo de grande importância a consideração de amparo previdenciário.

CID-10: T90.5

27/05/2020

Dr. Filipe Livino
Neurologia
CRM-PE 17.311



[illegible]

[illegible]

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138993/20

Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA

CPF: 094.391.214-83

CPF de: Próprio

Data do acidente: 16/01/2020

Titular do CPF: CINTHIA MARIA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 574.940.534-68

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

CINTHIA MARIA DA SILVA : 094.391.214-83

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 14/05/2020
Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/05/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: CINTHIA MARIA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: REC INFORMAR
RG: 8.514.039 SDS/PE e CPF: 094.391.214-83
DATA DO ACIDENTE: 16/01/2020
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: CINTHIA MARIA DA SILVA
ENDEREÇO: RUA 1 LOTTO NOVA BETEL, 01, TORITAMA-CEP 55125-000

OUTORGADO

NOME: EDUARDO JOSÉ DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE: BRASILEIRO
PROFISSÃO: ADVOGADO OAB/PE nº 52105
IDENTIDADE: 3.092.028 SSP/PE CPF: 574.940.534-68
ENDEREÇO: RUA JOÃO BATISTA, Nº370, BAIRRO CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA

SURUBIM, 16 DE MARÇO DE 2020

Cinthia Maria da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Serventia de Reg. Civil e Notas do Pac. de Açucenas, do Norte
Rua Presidente Castelo Branco, nº 05, Centro. Fone: (81) 99407483
Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues - Oficiala Interina

Reconheço por autenticidade a firma de
CINTHIA MARIA DA SILVA
que confere o padrão reg. nesla
serventia. dou fé.
Pac. de Açucenas, do Norte
06 de maio de 2020, hora 12:48:55
Valor Total: R\$ 2,21
se/cf/000655/vn0103202002.00091



Em testemunho da verdade.
Maria Eugenia Ramos Albuquerque Rodrigues - Interina
Maria Genoveva Ramos Albuquerque (1ª Substituta)



SERVENTIA DE NOTAS E REGISTRO CIVIL - DISTRITO
DE PAO DE AZUCAR - TRAVANCA DO NORTE-PE
CNPJ: 33.966.670/0001-35
Rua Presidente Castelo Branco, 05, centro
CEP: 55.796 - 000
Pelo, Maria Eugenia R. Albuquerque Rodrigues
Oficiala Interina

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0138993/20

Número do Sinistro: 3200177820

Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA

Data do acidente: 16/01/2020

CPF: 094.391.214-83

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CINTHIA MARIA DA SILVA

Seguradora: ITAÚ SEGUROS DE AUTO E RESIDÊNCIA S.A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

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: 12/06/2020

Nome: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 574.940.534-68

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/06/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

Rio de Janeiro, 15 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177820

Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CINTHIA MARIA 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, 20 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177820

Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CINTHIA MARIA 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, 10 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177820

Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CINTHIA MARIA DA SILVA

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\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: CINTHIA MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 077

Agência: 000000001

Conta: 000006079254-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200177820

Vítima: CINTHIA MARIA DA SILVA

Data do Acidente: 16/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: EDUARDO JOSE DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CINTHIA MARIA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 17/06/2020, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAVS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

094.391.214-83

4 - Nome completo da vítima:

CINTHIA MARIA DA SILVA

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

5 - Nome completo:

CINTHIA MARIA DA SILVA

7 - Profissão:

REC INF

8 - Endereço:

RUA 1 NOVA BETEL

6 - CPF:

094.391.214-83

9 - Número:

01

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

NOVA BETEL

12 - Cidade:

TORITAMA

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55125-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(84) 9.9665-0454

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:

☒ RECLUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 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)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

INTER

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

0001

9

CONTA:

6079254

0

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

Solicito o prosseguimento da análise no 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 do Segurado Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo 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)

☐ Divorçado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúva

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:

☐ Sim

☐ Não

30 - Vítima deixou nascituro (vel nascido)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar vivos:

☐ Sim

☐ Não

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 provarão 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 14 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 28 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: TORITAMA, 14 de MAIO DE 2020.

Cintia Maria da Silva

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 129ª CIRCUNSCRIÇÃO - TORITAMA - DP129ªCIRC
DINTER/17ª DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0219000340

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/05/2020** às **10:59**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **16/1/2020** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 1, SÍTIO CALDAS - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS (AUTOR \ AGENTE)
FABIANO FRANCISCO DE MORAES (OUTRO)
CINTHIA MARIA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS**

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

FABIANO FRANCISCO DE MORAES (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARINALVA MARIA DA CONCEIÇÃO Data de Nascimento: 25/7/1981 Naturalidade: TAQUARITINGA DO NORTE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 7318900/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: ANALFABETO Profissão: AGRICULTOR(A)
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 01, RUA 01, LOTEAMENTO NOVA BETEL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

CINTHIA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DAS DORES DA SILVA Pai: JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA Data de Nascimento: 14/4/1986 Naturalidade: RIO FORMOSO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8514039/SDS/PE (RG) Estado Civil: AMASIADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares: - 994702148

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TORITAMA, 01, RUA 01, LOTEAMENTO NOVA BETEL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TORITAMA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FABIANO FRANCISCO DE MORAES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KLU3287** (PERNAMBUCO/PAULISTA) Renavam: **719179530** Chassi: **9C2JC2500XR211650**
Ano Fabricação/Modelo: **1999/1999** Combustível: **GASOLINA**

Complemento / Observação

RELATA A VÍTIMA QUE: NO DIA 16 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 14 HORAS, VIAJAVA COMO CARONA NA MOTOCICLETA DE PLACA KLU3287, PILOTADA PELO SEU COMPANHEIRO, O SENHOR EDVALDO SEVERINO DOS SANTOS, OCASIÃO EM QUE TRAFEGAM NO SENTIDO SÍTIO CALDAS A BR 104, QUANDO FOI TRAÇADO POR UM OUTRO VEÍCULO (MOTOCICLETA DE PLACA NÃO ANOTADA) QUE TRAFEGAVA NO MESMO SENTIDO E AO FORÇAR UMA ULTRAPASSAGEM ACABOU TOCANDO NA MOTOCICLETA NA QUAL A VÍTIMA VIAJAVA, FAZENDO COM QUE O CONDUTOR PERDE-SE O CONTROLE E VIESSE A CAIR, DO ACIDENTE O SEU COMPANHEIRO SOFREU FERIMENTOS LEVES, ENQUANTO QUE A VÍTIMA SOFREU LESÕES GRAVES, SENDO SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO CORPO DE BOMBEIROS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA NESTA CIDADE, DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS A VÍTIMA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE/PE.

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

Cinthia Maria da Silva

CINTHIA MARIA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **ROGERIO DAVI DA FONSECA** - Matrícula: **220978-0**

