

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, 26 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBSON JOSE AMORIM 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

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, 27 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.
---------------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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 Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
---------------------------------------	--

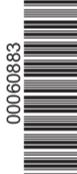
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação 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, 11 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), ROBSON JOSE AMORIM 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



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, 18 de Março de 2020

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190717337**

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Data do Acidente: 11/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

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: 092.124.364-20 4 - Nome completo da vítima: Robson José Amorim 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: Robson José Amorim da Silva 6 - CPF: 092.124.364-20
7 - Profissão: reeley 8 - Endereço: R. Projeta Lote A Gravila 9 - Número: 68 10 - Complemento:
11 - Bairro: Projeta 12 - Cidade: Lagoinha do Leste 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55820-000
15 - E-mail: horeebamessias@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 97915-3756
17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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)

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir) AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 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 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 <input type="checkbox"/> Sim teve filhos?	<input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
---	------------------------------	--	--	---	------------------------------	--	---

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

Carpina, 19/11/2010

Robson José Amorim da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EBS 001 V002 / 2010

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19055753B01

V1 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V1 / HONDA/BIZ 125 ES

Placa: PCK3732

Nº BOAT: 19055753B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 2563467

Data: 11/10/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Garfo dianteiro		X		
2	Mesa superior da suspensão dianteira		X		
3	Mesa inferior da suspensão dianteira		X		
4	Coluna de direção		X		
5	Chassi		X		
6	Garfo traseiro		X		
7	Eixo traseiro (triciclos)		X		

Dano de Monta: Pequena

V1 - Imagens Obrigatórias

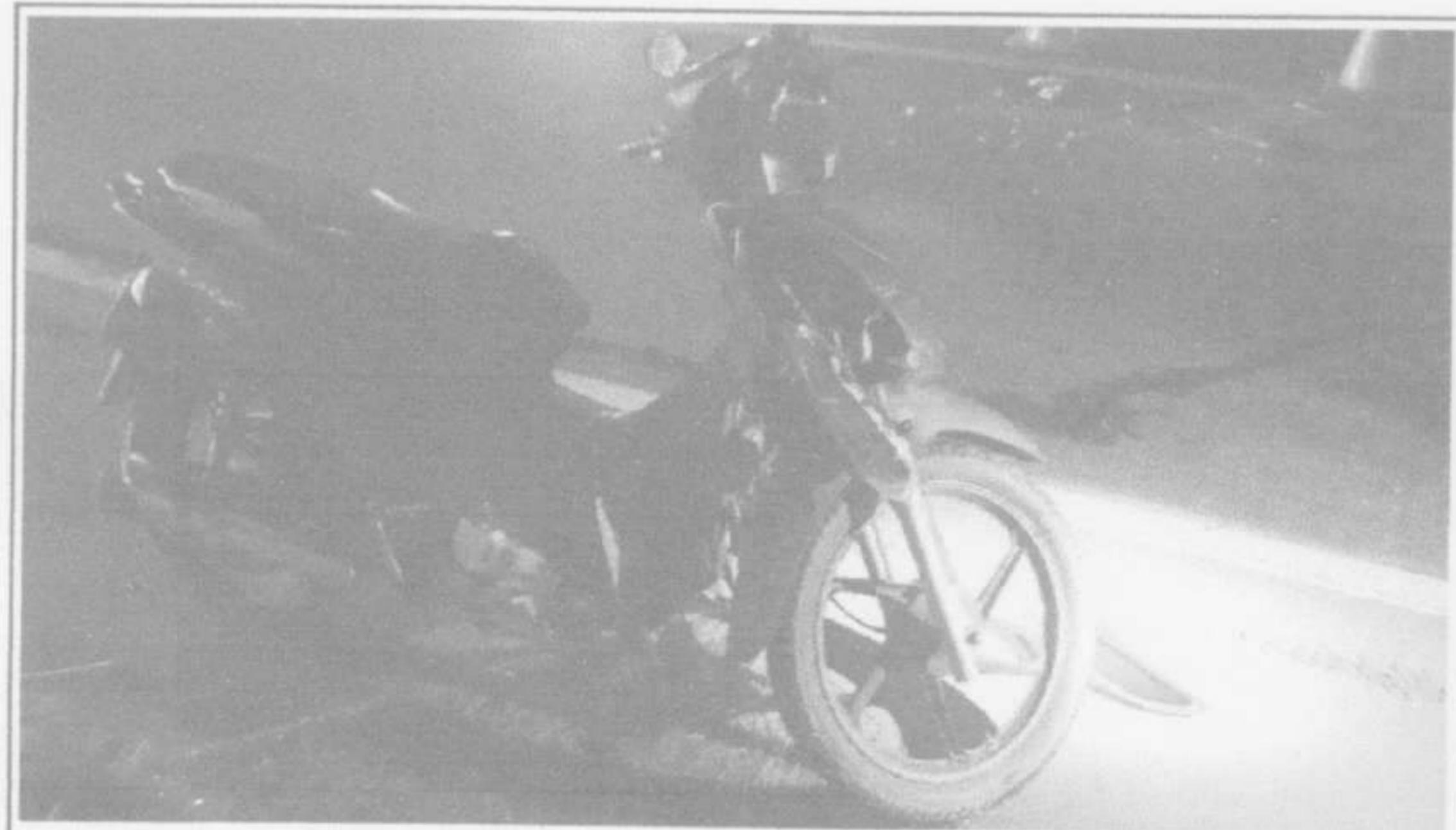


IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA

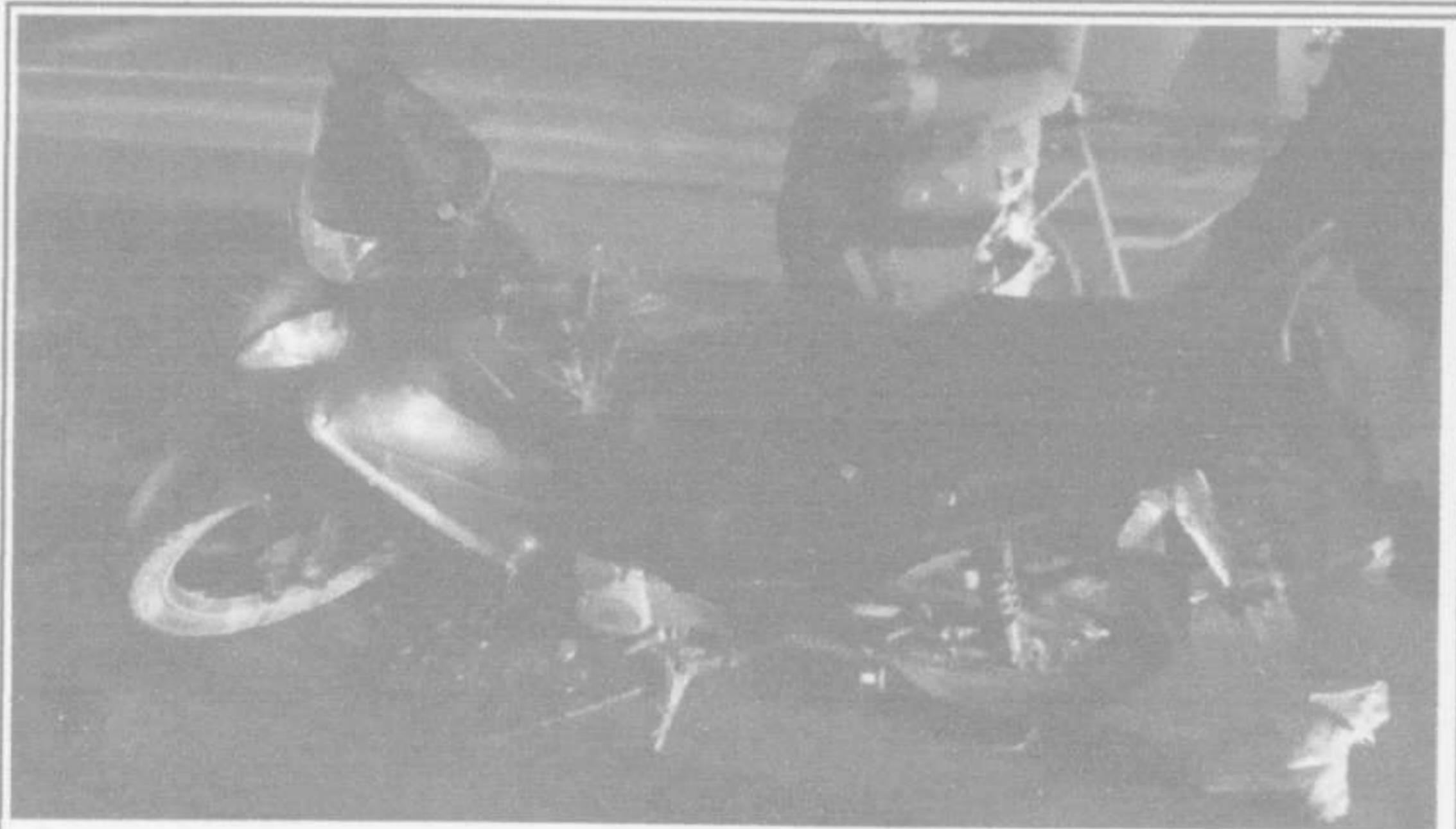


IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19055753B01

V2 - Imagens Obrigatórias



IMAGEM DA LATERAL DIREITA



IMAGEM DA TRASEIRA



IMAGEM DA LATERAL ESQUERDA



IMAGEM DA FRENTE



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19055753B01

V2 - Proprietário

Nome: DANILo MALTA DOS SANTOS
Email:
Endereço: RECIFE-PE

CPF/CNPJ: 075.101.254-80
Telefone:

V2C - CONDUTOR DE V2 - ARTUR FREDERICO DE ABREU E LIMA

V2C - Informações

Nome: ARTUR FREDERICO DE ABREU E LIMA
CPF: 878.976.604-00
Sexo: Masculino
Usava cinto de segurança: Sim
Informações complementares: Teste de etilômetro 3050 negativo

Data de Nascimento: 10/03/1976
Estado civil: Casado(a)
Estado físico: Ileso

V2C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: AD
UF: PE
Observações CNH: 99

Primeira habilitação: 15/03/1994
Vencimento da habilitação: 06/09/2024

Nº Registro: 00561841450
Motorista profissional: Não

V2C - Alterações da Capacidade Motoria

Foi possível realizar teste do etilômetro: Sim
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Resultado obtido: 0,00 mg/l

Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V2C - Dados do Contato

Endereço: RUA AMARO COUTINHO, 0000000623, AP 1301 TORRE A, ENCRUZILHADA, RECIFE-PE
Telefone: 991743930

Email:



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19055753B01

V2 - Relatório de Avarias - Resolução nº 544/2015-CONTRAN

Veículo: V2 / NISSAN/VERSA 16 SL

Placa: PSE6914

Nº BOAT: 19055753B01

Nome do Agente:

Matrícula do Agente: 2563467

Data: 11/10/2019

Item	Descrição do item	Valor	Item danificado no acidente		
			Sim	Não	NA
1	Painel corta-fogo		X		
2	Longarina dianteira esquerda		X		
3	Caixa de roda dianteira esquerda		X		
4	Estrutura da soleira esquerda		X		
5	Air Bags Frontais		X		
6	Air Bags Laterais		X		
7	Estrutura da coluna dianteira esquerda		X		
8	Estrutura da coluna central esquerda		X		
9	Estrutura da coluna traseira esquerda		X		
10	Caixa de roda traseira esquerda		X		
11	Assoalho central esquerdo		X		
12	Longarina traseira esquerda		X		
13	Assoalho portamalas ou caçamba		X		
14	Longarina traseira direita		X		
15	Caixa de roda traseira direita		X		
16	Estrutura da coluna traseira direita		X		
17	Estrutura da soleira direita		X		
18	Estrutura da coluna central direita		X		
19	Estrutura da coluna dianteira direita		X		
20	Assoalho central direito		X		
21	Caixa de roda dianteira direita		X		
22	Longarina dianteira direita		X		

Dano de Monta: Pequena



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTOCOLO N° 19055753B01



localizado na via, em frente ao Hospital das Clínicas



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL

BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19055753B01



V1 - Proprietário

Nome: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA
Email:
Endereço: LAGOA DO CARRO-PE

CPF/CNPJ: 092.124.364-20
Telefone: 991983853

V1C - CONDUTOR DE V1 - ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

V1C - Informações

Nome: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA
CPF: 092.124.364-20
Estado físico: Lesões Leves
Informações complementares: O condutor de V1 não era habilitado.

Data de Nascimento: 05/06/1988
Sexo: Masculino
Usava capacete: Sim

V1C - Dados da Habilitação para Conduzir Veículo Automotor

Categoria: Primeira habilitação: Nº Registro:
UF: Vencimento da habilitação: Motorista profissional: Não
Observações CNH:

V1C - Alterações da Capacidade Motoria

Foi possível realizar teste do etilômetro: Não
Visíveis sinais de embriaguez: Não
Condutor se recusou a realizar o teste: Não
Sinais de uso de substâncias psicoativas: Não

V1C - Dados do Contato

Endereço: SAO JOSE, 110, CASA, SOLEDADE, LAGOA DO CARRO-PE
Telefone: 991983853
Email:

V1C - Encaminhamento

Motivo: Socorro médico
Informações complementares: Condutor do veículo tratava-se de vítima lesionada com aparente fratura na perna e foi socorrida pelo SAMU, através do atendimento de Jeremias Paes, através da viatura Básica 3 e encaminhado ao Hospital da Restauração.
Tipo de Receptor: SAMU

V2 - VEÍCULO 2 - PSE6914 - AUTOMÓVEL

V2 - Informações

Placa: PSE6914 Marca/modelo: NISSAN/VERSA 16 SL Renavam: 01053952349
Ano fabricação: 2015 Chassi: 94DBCAN17GB103644 Tipo de veículo: Automóvel
Espécie: Passageiro Categoria: Particular Cor: Cinza
Manobra no momento do acidente: Estacionado/parado na faixa de rolamento
Informações complementares: O veículo encontrava-se parado na faixa de rolamento devido a sinal semafórico



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.
A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19055753B01

Placa: PCK3732 Marca/modelo: HONDA/BIZ 125 ES

Renavam: 01078939370

Ano fabricação: 2015 Chassi: 9C2JC4820FR609763

Tipo de veículo: Motoneta

Espécie: Passageiro Categoria: Particular

Cor: Preta

Manobra no momento do acidente: Ultrapassando

Informações complementares: Ultrapassando V2 que encontrava-se parado devido à semáforo

V1 - Encaminhamento

Motivo: Outros

Tipo de Receptor: Depósito credenciado

Informações complementares: veículo com licenciamento 2019 vencido recolhido para o Pátio da Vip Guinchos



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
POLÍCIA RODOVIÁRIA FEDERAL

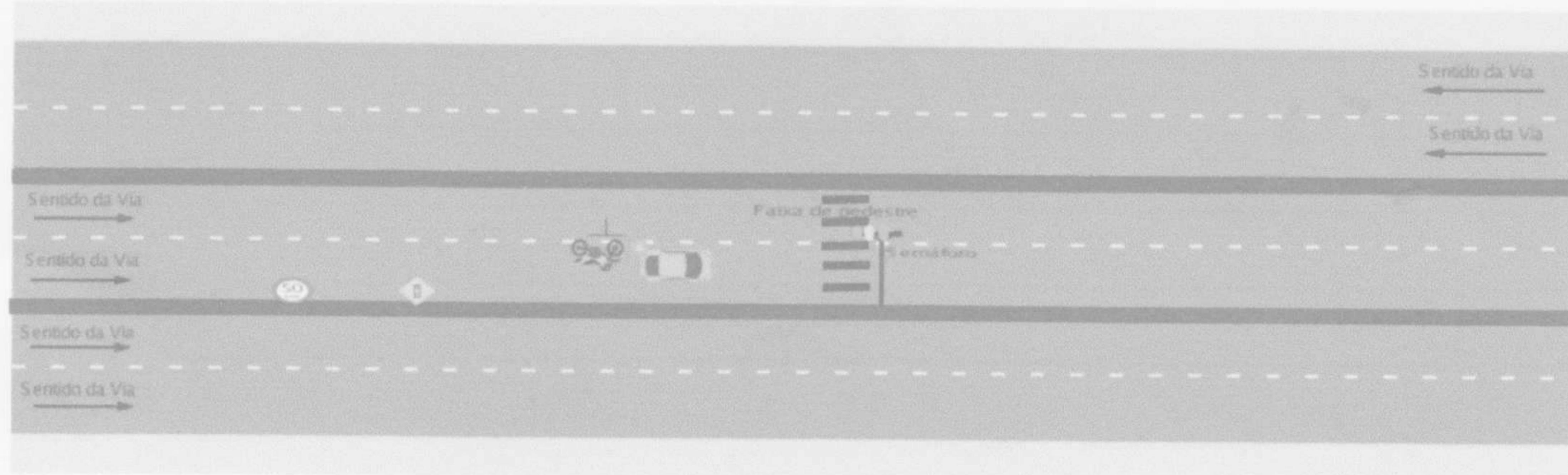
BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19055753B01



CROQUI DA CENA DO ACIDENTE



Local parcialmente preservado



← Paulista

Cabo de Santo Agostinho →

AMARRAÇÃO - NÃO NECESSÁRIA

EVENTOS SUCESSIVOS

Ordem	Tipo de Evento	Veículos Envolvidos
1	Colisão lateral	
2	Tombamento	V1

MARCAS NO PAVIMENTO

Evento	Veículo	Frenagem (m)	Derrapagem (m)	Arrastamento (m)
2	V1			

DANOS COLATERAIS - NÃO HOUVE

APOIO EXTERNO

Tipo de Órgão	Solicitação	Comparecimento
SAMU	11/10/2019 20:15	11/10/2019 21:20

V1 - VEÍCULO 1 - PCK3732 - MOTONETA

V1 - Informações



Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191



MINISTÉRIO DA JUSTIÇA E SEGURANÇA PÚBLICA
PÓLICIA RODOVIÁRIA FEDERAL



BOLETIM DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
PROTÓCOLO N° 19055753B01

INFORMAÇÕES GERAIS

Data: 11/10/2019 Hora: 20:15 Município: RECIFE/PE
BR: 101 KM: 67,4 Sentido: Crescente
Policial responsável pelo atendimento: RICARDO SOARES BASTO, 2563467

ASPECTOS DO LOCAL

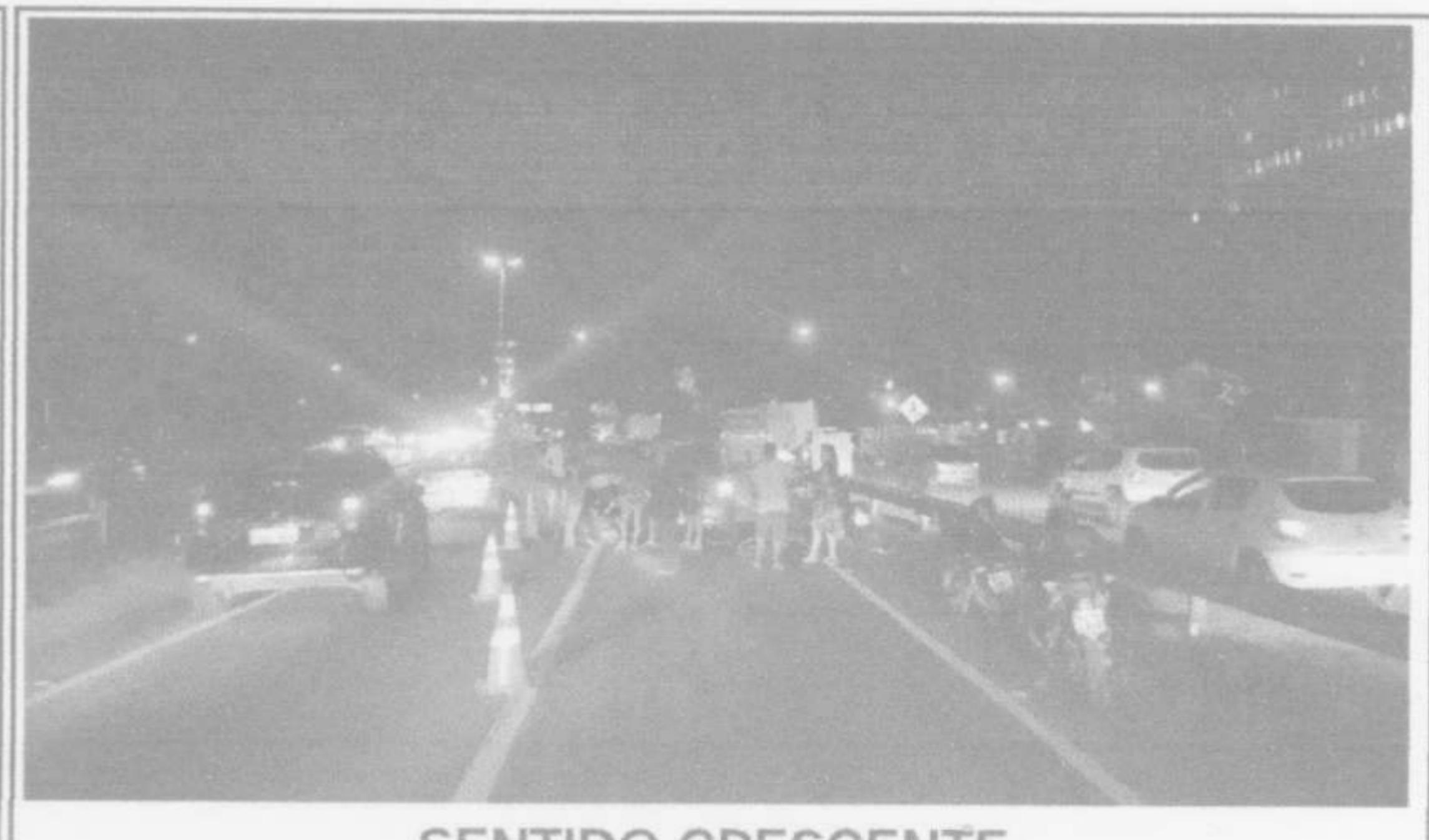
Tipo de via: Principal
Tipo de pista: Dupla
Estrutura Viária: Reta
Acostamento: Sim
Condição meteorológica: Céu Claro

Tipo de pavimento: Asfalto
Condição da Pista: Seca
Localidade urbanizada: Sim
Canteiro Central: Sim
Fase do dia: Plena Noite

IMAGENS PANORÂMICAS



SENIDO DECRESCENTE



SENIDO CRESCENTE

NARRATIVA

No dia 11/10/2019, por volta das 20horas e 15 minutos, no km 67da BR-101, em Recife-PE, ocorreu um acidente, do tipo colisão lateral, com uma vítima lesionada. Os veículos envolvidos foram: motocicleta HONDA/BIZ 125 ES de placa PCK3732 (V1), e o veículo passeio NISSAN/VERSA 16 SL de placa PSE6914(V2).Com base na análise dos vestígios identificados, constatou-se que devido a falta de cuidado e atenção à condução, V1 não guardou a devida distância de segurança ao tentar ultrapassar V2 pela esquerda vindo a colidir com a lateral do mesmo o que ocasionou o tombamento de V1. Ocorre que V2 encontrava-se parado devido a ordem emanada do semáforo existente naquele local, quando foi surpreendido com a colisão de V1 em sua lateral.A dinâmica do acidente encontra-se representada no croqui.Conforme constatações em levantamento de local de acidente, concluiu-se que o fator principal do acidente foi a falta de atenção de V1 ao aproximar-se de V2 que encontrava-se parado em um trecho da via onde existia um semáforo que naquele momento emanava a ordem de parada. Observações:A vítima lesionada de V1 foi socorrida pelo SAMU, pelo Tec enfermagem Jeremias Paes 1098853, Básica 3, e encaminhada ao Hospital da Restauração.V1 encontrava-se com licenciamento atrasado e em consequência foi removido para o pátio da VIP Guinchos.O condutor de V1 não era habilitado.



Assinatura
eletrônica

Documento assinado eletronicamente por , matrícula 2563467, Policial Rodoviário Federal, em 16/10/2019, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 2º do art. 10 da Medida Provisória N° 2.200-2, de 24 de agosto de 2001, no art. 6º do Decreto N° 8.539, de 8 de outubro de 2015 e na alínea b do inciso IV do art. 2º da Instrução Normativa N° 61-DG, de 13 de novembro de 2015.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://www.prf.gov.br/novobat/autenticar>, informando o protocolo 19055753B01 e o número de controle 372CE802B0181E7A69BF976B94BFD7.

191

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: 092.124.364-20 4 - Nome completo da vítima: Robson José Amorim 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: Robson José Amorim da Silva 6 - CPF: 092.124.364-20
7 - Profissão: reeley 8 - Endereço: R. Projeta da Lote. A Gravila 9 - Número: 68 10 - Complemento:
11 - Bairro: Projeta da 12 - Cidade: Lagoinha do Leste 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55820-000
15 - E-mail: horeebamessias@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (81) 97915-3756
17 - Nome completo do Representante Legal:

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

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: 1242 CONTA: 000984666641 Dígito: 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____

Autorizo a Seguradora Lider 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 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 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 nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

40 - Local e Data,

Carpina, 19/11/2010

Robson José Amorim da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EBS 001 V002 / 2010

38 - 1º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF: _____

Assinatura da testemunha

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DEBITO

DADOS DO CLIENTE
HELENA RIBEIRO DE AHNIM MATRÍCULA: 108654184 N° 95922021
R PROJETADA 02 - LOT AGROVILA, N. 00068 - AGROVILA LAGOA DO CA
RRO PE 55820-000
INSCRIÇÃO: 193.840.500.0650.000 GRUPO: 7 DEB. AUTOMATICO: 108654184

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL	PÚBLICA
HIDRÔMETRO NÃO MEDIDO		1		

NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL N° 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE QUE, CASO OS DÉBITOS NÃO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU IMÓVEL PARA APRESENTAÇÃO AOS NOSSOS FUNCIONÁRIOS. PAGUE EM DIA SUAS CONTAS, EVITE O CORTE E A NEGATIVAÇÃO DO SEU NOME NO SPC SERASA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

REFERÊNCIA CONTA	VENCIMENTO	VALOR(R\$)
11/2018	15/12/2018	41,30
01/2019	15/01/2019	42,12
02/2019	15/02/2019	42,12
03/2019	15/03/2019	42,35
04/2019	15/04/2019	42,13
05/2019	15/05/2019	42,12
06/2019	15/06/2019	42,12
07/2019	15/07/2019	42,12
08/2019	15/08/2019	42,12
	15/09/2019	44,90

EMISSÃO: 26/09/2019

TRIBUTOS	BASE DE CÁLCULO	PERCENTUAL (%)	VALOR DO IMPOSTO
PIS COFINS			

VENCIMENTO:

TOTAL A PAGAR: 381,28

87800000003-6 81280018193-4 10865418409-9 0120211215-6



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	080.11.2019
DATA	28.11.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **TEREZINHA GOMES DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5278073** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **045.181.214-06**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-693342**, que no dia 11 de outubro de 2019, o paciente Sr. **ROBSON JOSÉ AMORIM DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **6264046** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **092.124.364-20**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 21h10, na ROD BR-101, em frente ao Hospital das Clínicas, no bairro Caxangá, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital da Restauração.

Recife, 28 de novembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sérgio Parente Costa

Dr. Sergio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1696886	ATENDIMENTO: 01495412
DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1988	FOI ATENDIDO EM: 11/10/2019 ÀS 22:10	DATA DA ALTA: 23/10/2019 ÀS 11:41

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TIBIA DIREITA (CID: S.82)

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA DIREITA COM TUBO A TUBO BIPLANAR.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 30 DIAS;
CURATIVO DIARIO NO POSTO DE SAUDE;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

RETORNAR PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA, APOS 21 DIAS, PARA DR. FRANCISCO DE ASSIS.

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº.7472

Recife, 23, OUTUBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a 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.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	080.11.2019
DATA	28.11.2019

Atendendo ao requerimento da Sra. **TEREZINHA GOMES DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5278073** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **045.181.214-06**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-693342**, que no dia 11 de outubro de 2019, o paciente Sr. **ROBSON JOSÉ AMORIM DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **6264046** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **092.124.364-20**, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão envolvendo automóvel e moto, por volta das 21h10, na ROD BR-101, em frente ao Hospital das Clínicas, no bairro Caxangá, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital da Restauração.

Recife, 28 de novembro de 2019.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sérgio Parente Costa

Dr. Sergio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA SIC	PRONTUÁRIO: 1696886	ATENDIMENTO: 01495412
DATA DE NASCIMENTO: 05/06/1988	FOI ATENDIDO EM: 11/10/2019 ÀS 22:10	DATA DA ALTA: 23/10/2019 ÀS 11:41

Diagnóstico Provável:

FRATURA DE TIBIA DIREITA (CID: S.82)

Tratamento Realizado:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA DIREITA COM TUBO A TUBO BIPLANAR.

Observação:

ALTA DA ORTOPEDIA;
ANALGESIA + ANTIBIOTICOTERAPIA;
AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES LABORAIS POR 30 DIAS;
CURATIVO DIARIO NO POSTO DE SAUDE;
ORIENTAÇÕES GERAIS;

Encaminhado para:

RETORNAR PARA O AMBULATORIO DE ORTOPEDIA, APOS 21 DIAS, PARA DR. FRANCISCO DE ASSIS.

FRANCISCO STANLEY DAMAS NAPOLEAO - CRM: Nº.7472

Recife, 23, OUTUBRO ,2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a 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.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

ATENDIMENTO: 1494997/2019.

NOME: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA.

Foi atendido às 22h10 do dia 11.10.2019.

Diagnóstico provável: Pelitranome
Fratura exposta de tibia (D)
(Acidente motociclistico)

Tratamento realizado:
Trat. cirúrgico de fratura exposta de tibia (D)
em 12/10/2019
Trat. cirúrgico de fratura de tibia (D)
em 21/10/2019
Fisioterapia motora
Trat. de suporte clínico

Obs. alta em 23.10.2019

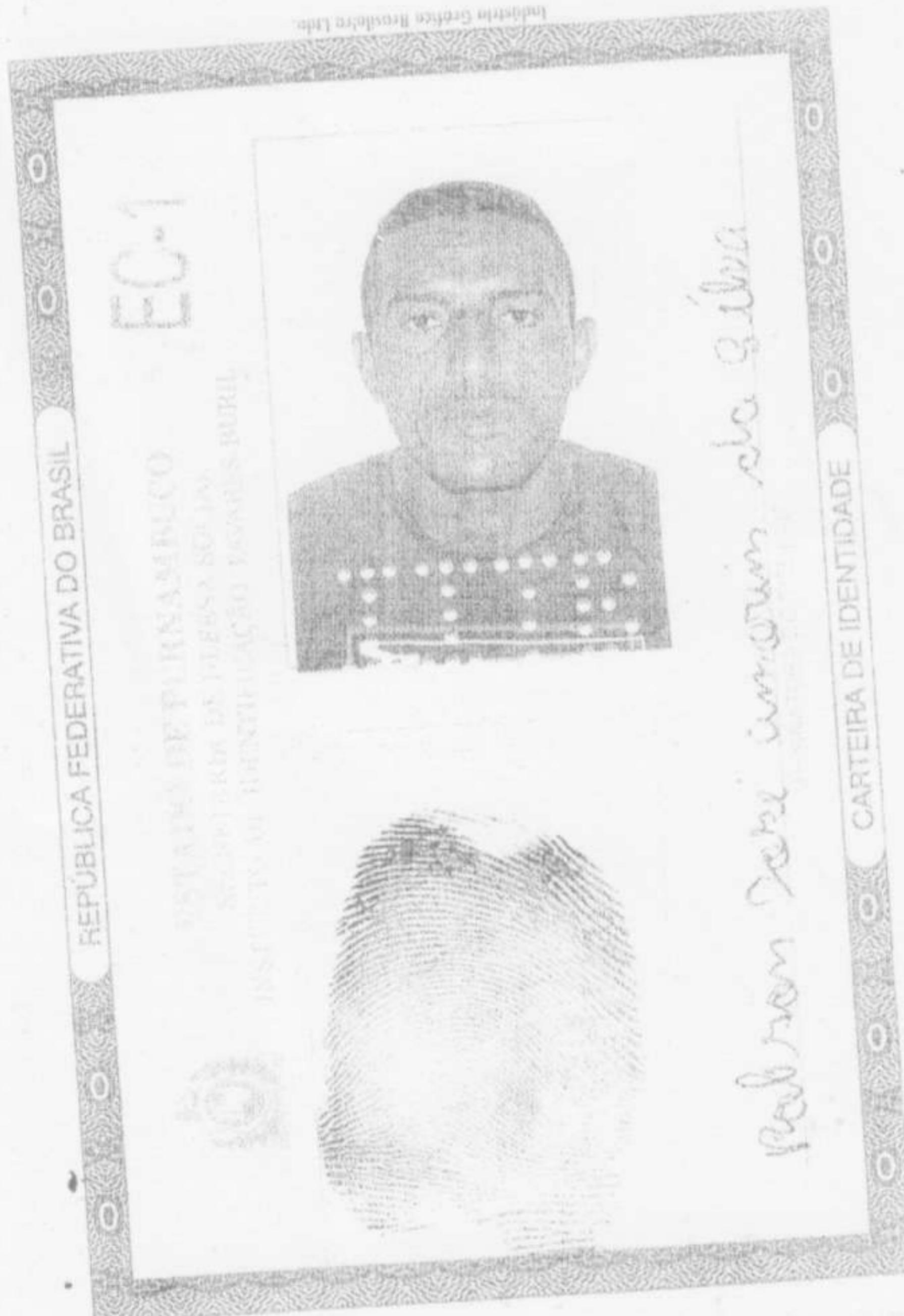
As informações contidas neste documento foram transcritas, na íntegra, do Prontuário Médico, não do Médico Assistente e sim do serviço Arquivo Médico e Estatístico.

Cópia de Prontuário Médico em 10.02.2020 facsimile

SEC-Hospital da Restauração
Dr. Franklin Serra
Médico SAMM

Atenção: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para: INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DO TRATAMENTO AMBULATORIAL.

Av. Agamenon Magalhães, S/N – Derby – Recife – PE CEP 52.010-040
Fones: 31815451/31815572.



Identidade Digital da Secretaria da Defesa Civil

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO: 26/04/2018

REGISTRO GERAL: 6.264.046

NOME: << ROBSON JOSÉ AMORIM DA SILVA >>

FILIAÇÃO: << JOSÉ SEVERINO DA SILVA >>
&< HELENA DE AMORIM FERREIRA >>

NATURALIDADE: PAUDALHO - PE

DOC. ORIGEM: << 074492 01 55 2015 2 00015 016

ASSINATURA DO DIRETOR:

CPF: 092.124.364-20

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

F-79 74.540 - 111X

118741203004122519.8059514

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717337 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA **Data do acidente:** 11/10/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura exposta de tibia direita

Descrição do exame físico: Vítima em uso de fixador externo, deambula com auxílio de muletas, com limitação no movimento de tornozelo.

Resultados terapêuticos: Submetida a tratamento cirúrgico com fixador externo, não fez fisioterapia. Ainda em acompanhamento médico

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 13/03/2020

Conduta mantida:

Observações: Recomendamos nova avaliação médica em 90 dias.

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
			Total	0 %

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190717337 Cidade: Recife Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA Data do acidente: 11/10/2019 Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO) E ALTA MÉDICA. (P1,ANEXO2 P2)

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SEM DESCRIÇÃO CIRÚRGICA E EXAME DE IMAGEM.

SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL 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 membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466227/19

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

CPF: 092.124.364-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/10/2019

Titular do CPF: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA : 092.124.364-20

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: 23/12/2019
Nome: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA
CPF: 092.124.364-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/12/2019
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0466227/19

Número do Sinistro: 3190717337

Vítima: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

CPF: 092.124.364-20

CPF de: Próprio

Data do acidente: 11/10/2019

ROBSON JOSE AMORIM
DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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: 15/01/2020
Nome: ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA
CPF: 092.124.364-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 15/01/2020
Nome: MARIA ERICA ARAUJO COELHO
CPF: 010.626.514-80

ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA

MARIA ERICA ARAUJO COELHO

**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: **3190717337**

Nome do(a) Examinado(a): **ROBSON JOSE AMORIM DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

r projetada lot agrovila, 68 - Lagoa do Carro - PE - CEP 55820000

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**SDS /PE**] **6264046**

Data e local do acidente: [**11/10/2019**] **Recife, PE**

Data e local do exame: [**13/03/2020**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura exposta de tibia direita

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vitima em uso de fixador externo, deambula com auxílio de muletas, com limitação no movimento de tornozelo.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[**X**] Sim [] Não

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

Submetida a tratamento cirúrgico com fixador externo, não fez fisioterapia. Ainda em acompanhamento médico

V. Existe sequelas (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [**X**] Não

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

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 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 **90** dias

() "Sem sequela 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

% 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 a valoração do dano corporal.



Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE