
Rio de Janeiro, 18 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200292341

Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 08/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), VALDEIR PEREIRA LIMA

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, contados 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, 21 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200292341

Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

Data do Acidente: 08/05/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), VALDEIR PEREIRA LIMA

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

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: 154.832.654-24 4 - Nome completo da vítima: VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA

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

5 - Nome completo: VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA 6 - CPF: 154.832.654-24
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: VIRGULINO FERREIRA 9 - Número: 1326 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: COHAB 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.900-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 81.99998.1472

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: VALDEIR PEREIRA LIMA
18 - CPF do Representante Legal: 882.204.434-72 19 - Profissão do Representante Legal: OMILEIRO

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914 03 CONTA: 79157 02
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinale 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div.) ☐ Viúvo ☐ Separado judicialmente ☐ Vítima

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

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERRA TALHADA - PE 12/08/2020

x Valdeir Pereira Lima 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 154.832.654-24 4 - Nome completo da vítima: VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA

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

5 - Nome completo: VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA 6 - CPF: 154.832.654-24
7 - Profissão: ESTUDANTE 8 - Endereço: VIRGULINO FERREIRA 9 - Número: 1326 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: COHAB 12 - Cidade: SERRA TALHADA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.900-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 84.99998.1472

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: VALDEIR PEREIRA LIMA
18 - CPF do Representante Legal: 882.204.434-72 19 - Profissão do Representante Legal: OMILEIRO

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

☐ Bradesco (257) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914 03 CONTA: 79157 02
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro(a) nascido(a)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SERRA TALHADA - PE 12/08/2020

x Valdeir Pereira Lima 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 177ª CIRCUNSCRIÇÃO - SERRA TALHADA - DP177ªCIRC
DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0267002494**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **14/08/2020** às **12:15**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **8/5/2020** às **20:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO GOMES DE LUCENA, 1** - Bairro: **SAO CRISTOVAO** - **SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CASAS BANDEIRANTES**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA (OUTRO)
VALDEIR PEREIRA LIMA (VITIMA)
VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDEIR PEREIRA LIMA**

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

VALDEIR PEREIRA LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **ALAIDE RODRIGUES DE LIMA** Pai: **MANOEL PEREIRA LIMA** Data de Nascimento: **14/5/1974** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **1801058/SSP/PB (RG), 88220443472 (CPF), 0148801713 (CNH)** Estado Civil: **DIVORCIADO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **PINTOR(A)** Telefones Celulares: **- 96233454**

Endereço Residencial: **RUA VIRGOLINO FERREIRA DA SILVA, 1326 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

Endereço Comercial: **RUA VIRGOLINO FERREIRA DA SILVA, 0, OFICINA SÃO JORGE - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **CLAUDECIA ARAUJO DA SILVA** Pai: **VALDEIR PEREIRA LIMA** Data de Nascimento: **17/2/2007** Naturalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **15483265424 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **RUA VIRGOLINO FERREIRA DA SILVA, 1326 - CEP: 0 - Bairro: COHAB - SERRA TALHADA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / NÃO INFORMADO / BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDEIR PEREIRA LIMA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/FAZER 250** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **DYN2991** (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: **930415280** Chassi: **9C6YG017070055872**

Ano Fabricação/Modelo: **2007/2007** Combustível: **GASOLINA**

AUTOMÓVEL (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

O SR. VALDEIR PEREIRA LIMA NOTICIA QUE SOFRERA UM ACIDENTE DE TRANSITO QUANDO DESLOCAVA-SE PELA AV. JOÃO GOMES DE LUCENA, NO SENTIDO SERRA TALHADA/RECIFE, CONDUZINDO A MOTOCICLETA DESCRITA NESTE BOE., E LEVAVA CONSIGO COMO CARONA, A SUA FILHA A ADOLESCENTE VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA. INFORMOU O SR. QUE REDUZIU A VELOCIDADE, FOI PARA O ACOSTAMENTO, VERIFICOU QUE NÃO VINHA NENHUM VEÍCULO E FEZ A CONVERSÃO A ESQUERDA EM DIREÇÃO A BAIRRO COHAB, NESSE MOMENTO FOI ATINGIDO POR UM VEÍCULO, QUE TRANSITAVA NO MESMO SENTIDO QUE O SEU, PROVAVELMENTE COM OS FAROIS APAGADOS, O ARREMESSANDO PARA O ACOSTAMENTO. A COLISÃO RESULTOU LESÕES NO NOTICIANTE E EM SUA FILHA, QUE FORAM SOCORRIDOS PELO CORPO DE BOMBEIROS, QUE OS LEVARAM AO HOSPAM, NESTA CIDADE, ONDE RECEBERAM ATENDIMENTO MÉDICO. O CONDUTOR DO AUTOMÓVEL NÃO PAROU PARA PRESTAR SOCORRO, O QUE NÃO PERMITIU A SUA IDENTIFICAÇÃO. VINDO HOJE NOTIFICAR O OCORRIDO EM RAZÃO DE REQUERER O SEGURO DPAVAT.

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

VALDEIR PEREIRA LIMA
(VITIMA)

Valdeir Pereira Lima

B.O. registrado por: **DEODORO FONSECA DE CARVALHO** - Matrícula: **2214415**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 914 3 CONTA: 79157 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Div.) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (além de)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/e pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/e pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/e pedido 38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____ Assinatura da testemunha 40 - Local e Data, _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) 42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 43 - Assinatura do Procurador (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Local e Data, _____

45 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

46 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)

48 - Local e Data, _____

49 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

50 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

51 - Assinatura do Procurador (se houver)

52 - Local e Data, _____

53 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Local e Data, _____

57 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

58 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

59 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 10/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: VALDEIR PEREIRA LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00914

CONTA: 000000079157-2

Nr. da Autenticação 8784392BADc1AEA3



Tarifa Social de Energia Elétrica: Grátis pela Lei nº 4.444/2004

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.635.932/0001-06 Lic. Rec. Ext. 0035943-93 / www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDEIR PEREIRA LIMA

CPF: 862.204.434-72 NIS: 12885875248

CLASSIFICAÇÃO

E1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIRGULINO FERREIRA 1326

CCHAB/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
102314854	UNICA	26/03/2020
APPROPRIAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/03/2020	2002158888	3671785

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2105743010	03/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIA PRÓXIMA LETURA
02/04/2020	27/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
23,23	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10138136	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	42,0000000	0,17378234	7,29
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,09327014	2,79
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	42,0000000	0,15889188	6,71
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,89
Multa por atraso-NF 094444430 - 28/01/20			0,47
Juros por atraso-NF 094444430 - 28/01/20			0,18
Atualização IGP-M-NF 094444430 - 28/01/20			0,08
TOTAL DA FATURA			23,23



Tarifa Social de Energia Elétrica: Grátis pela Lei nº 4.444/2004

NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111 - Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-002
CNPJ 10.635.932/0001-06 Lic. Rec. Ext. 0035943-93 / www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

VALDEIR PEREIRA LIMA

CPF: 862.204.434-72 NIS: 12885675248

CLASSIFICAÇÃO

E1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA VIRGULINO FERREIRA 1326

CCHAB/SERRA TALHADA
SERRA TALHADA PE
56900-000

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
102314854	UNICA	26/03/2020
APPROPRIAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
26/03/2020	2002158888	3671785

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
2105743010	03/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRECATORIA/PRÓXIMA LEITURA
02/04/2020	27/04/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
23,23	

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,10136136	3,04
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	42,0000000	0,17378234	7,29
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,09327014	2,79
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	42,0000000	0,15889188	6,71
Contrib. Ilum. Pública Municipal			2,89
Multa por atraso-NF 094444430 - 28/01/20			0,47
Juros por atraso-NF 094444430 - 28/01/20			0,18
Atualização IGPM-NF 094444430 - 28/01/20			0,08
TOTAL DA FATURA			23,23



GOVERNO DO ESTADO
PERNAMBUCO
NÃO FUMAR. NÃO BEBER.



HOSPAM
HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHÃES



SUS

13 Linhas

BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA

Nº: 50

Data:	08.05.2020	Hora:	21:02
Nome:	Jitoria Larissa Araújo de Lima		
Nome Social:		Profissão:	Educante
Nascimento:	17/02/2007	Sexo:	Feminino
Escolaridade:		Responsável:	Terceira
Mãe:	Clandia da Silva Araújo		
Endereço:	Rua Virgílimo Venâncio	Nº	1326
Bairro:	T. Neves	Município:	S. Talhada PE
Cartão SUS:	808 0034 1085 1447	RG/CPF:	
Raça/Cor:	Branca	Preta	Parda
		Amarela	Indígena

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

☐ VERMELHO

☐ AMARELO

☐ VERDE

☐ AZUL

Situação/Queixa:

PA: Pulso: HGT: T: SpO2: Peso: Glasgow:

Medicações em uso:

Intolerâncias/Alergias:

Fluxograma:

Carimbo e Assinatura:

ATENDIMENTO MÉDICO

História e Exame Físico:

Paciente M^{te} cerca de 41
Anos, sofreu acidente de
moto.

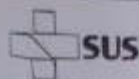
Tratamento:

01 Rx torax PA
01 Rx. de antebraço e braço E.
01 Rx de tornozelo AA e perfil
01 Hemograma
colheida 21/05/20

Hipótese Diagnóstica:

Fratura de humero E,
avulsão do rádio e
avulsão do ulna E

Carimbo e Assinatura:
Dr. Agnacy Fernando V. de Lencina e Sá
CIRURGIA GERAL
CREMEPE 8.487/CRM-PB 3478



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL SÃO VICENTE

2 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

4 - CNES

2 3 5 1 6 3 3

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 3 4 1 0 8 5 1 4 4 7

8 - DATA DE NASCIMENTO

17 / 02 / 2007

9 - SEXO

Masc ☐ Fem ☒

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

00246468

10 - RAÇA/COR

PARDA

11 - NOME DA MÃE

VALDECIA BEZERRA DE ARAUJO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA VIRGULINO FERREIRA

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

SERRA TALHADA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

PE 56.900.000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rosária sentindo dores e desconforto
na cabeça e sintomas - febre
MSB e MIE

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento

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

ht+ Braco e antebraço e fêmur e AP+ Ref

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura de antebraço e fêmur e .

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

Ilo Pereira de Andrade Melo

CPF: 153.072.214-15 CRM: 8803

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

262050419505-2

12

0x

10105-9 13105120

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

de Estabelecimento

SOLICITANTE:
PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA

DATA DA SOLICITAÇÃO:
09/05/20 00:10

ARRETO GUIMARAES

Nº SOLICITAÇÃO
706013

paciente

MIRIO DE LIMA

Nº DO PRONTUÁRIO:

DATA DE NASCIMENTO:
17/02/2007

SEXO:
FEMININO

LAZARUJO

TELEFONE DE CONTATO:

REIRA, 1326, SÃO CRISTOVÃO

COD. ISOE MUNICÍPIO:
2613909.00

UF:
PE

CEP:

paciente

DATA DE EMISSÃO:
09/05/20 08:32


ARAL SIMÕES

ESPECIALIDADE:
ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CENTE - SERRA TALHADA

DATA DE AUTORIZAÇÃO:
09/05/20 05:50

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/05/2020		Atendimeto: 0035962		Quarto/leito: 306 / 3	
Paciente: 00246468 - VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA					
Data Nasc: 17/02/2007		Idade: 13 Anos		Sexo: Feminino	
Estado Civil: Solteiro		Profissão: MENOR		Naturalidade: SERRA TALHADA	
Nacionalidade: BRASILEIRO		Nome Pai: VALDEIR PEREIRA LIMA		Nome Mãe: VALDECIA BEZERRA DE ARAUJO	
Endereço: RUA VIRGULINO FERREIRA, 1326 CASA - PE			- TANCREDO NEVES - SERRA TALHADA		
Telefones: () / () / (87) 9623.3454					
Elementos da Ocorrência:					
Acidente de Transito ()		Acidente de Trabalho ()		Outros Acidentes ()	
Agressão ()		Suicídio ()		Casual ()	
Outros ()		Nome Acompanhante:		Telefone de Contato: ()	
Endereço Acompanhante: , 0					
Local da Ocorrência:					
ANAMNESE E EXAME FISICO: <i>Posição sentada, com MSE + HIE em</i> <i>deficiência de percepção de espaço-</i> <i>percepção. e percepção de</i> <i>segno tempo percepção MSE + HIE</i>					
Diagnostico Inicial: <i>- FRATURAS DIAPHRASIS DO UMBILICO ESE</i> <i>- FRATURAS DIAPHRASIS DOS OSSOS DO MMBRADO ESE</i> <i>- FRATURAS DA TIBIA ESE</i>					
SADT:					
Diagnostico Final: <i>O MESMO</i>					
Condição de Alta		Motivo de Alta			
Melhorada (X)		Descrição Médica (X)			
Inalterado ()		Alta a Pedido ()			
Piorando ()		Transferência ()			
Obito + 48h ()		Evasão ()			
Obito - 48h ()		Indisciplina ()			
Obito em ____ / ____ / ____					
Hora : ____					
				Data do Internamento: <i>10/5/20</i>	
				Data da Alta: <i>13/5/20</i>	
				Local: _____	
				 Médico Responsável CPF: 000.000.000-00	



Hospital São Vicente

Hospital São Vicente

Data Atend: 10/05/2020	Atendimento: 0035962	Quarto/leito: 306 / 3
Paciente: 00246468 - VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA		
Cirurgia Realizado: ① Osteossintese da base do crânio ② Osteossintese do osso frontal e ③ Osteossintese da tíbia e		N. do Procedimento: 0408020393 0408020423 0408050500
Data: 11/05/2020	Início:	Término
Cirurgião: André		
1º Auxiliar: NTONTO		
2º Auxiliar:		
Anestesista: Hélio		
DESCRIÇÃO CIRÚRGICA: 1. Abc. porostoma. Absepto. MIE + Tracut. Manipulação do osso e redução e fixação externa usando o, usando os fixadores Kirschner. ② Lacuna subcraquea com platina no plano, bloqueio foros frontais Redução e fixação IO usando os fix. KIRSCHNER. Anterior, no plano. ③ Absepto. MIE + Tracut. Manipulação foros frontais Redução e fixação externa usando os fixadores Kirschner.		
Assinatura do Cirurgião Antônio Rodrigues de Faria		7391

Antônio Rodrigues de Faria
 CRM 7351
 CPF: 056.562.003-25

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



NOME
VALDEIR PEREIRA LIMA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
1801058 SSP PB

CPF DATA NASCIMENTO
882.204.434-72 14/05/1974

FILIAÇÃO
MANOEL PEREIRA LIMA
ALAIDE RODRIGUES DE LIMA

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
01488001713

VALIDADE
30/12/2021

1ª HABILITAÇÃO
16/10/2000

OBSERVAÇÕES

A

Valdeir Pereira Lima

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SERRA TALHADA - PE

DATA EMISSÃO
03/01/2017

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente
ASSINATURA DO EMISSOR

94466717806
PE076833518

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1420803836

PROIBIDO PLASTIFICAR

1420803836

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013126429482

VIA - COD RENAVAM 930415280
ENTRADA *****
EXERCÍCIO 2016

JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA

SERRA TALHADA-PE

074.517.524-45
PLACA DYN2991

DYN2991/SP 9C6KG017070055872
CHASSI

FAS MOTOCICLETA
ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
GASOLINA

YAMAHA/FAZER Y3250
ANO FAB. 2007
ANO MCD 2007

2P/249CL
CAP/POT/CL CATEGORIA
PARTIC

1 IPVA 2016 QUITADO
VENC./COTAS 1ª *****
2ª *****
3ª *****
FAIXA (P.V.A.) PARCELAMENTO/COTAS

SEGURO PAGO
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEM RESERVA
OBSERVAÇÕES

[Assinatura]

SERRA TALHADA-PE LOCAL DATA 24/01/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

PE Nº 013126429482 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOAO KLEBER RODRIGUES DA SILVA

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

SERRA TALHADA-PE EXERCÍCIO 2015 DATA EMISSÃO 24/01/17

VIA 1 CPF / CNPJ 074.517.524-45 PLACA DYN2991

RENAVAM 930415280 MARCA / MODELO YAMAHA/FAZER Y3250

ANO FAB. 2007 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C6KG017070055872

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

9102-138

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT.



Estado de Pernambuco
Secretaria de Defesa Social
Corpo de Bombeiros Militar de Pernambuco
CBMPE - 3ºGB - DOP



Av. Vicente Inácio de Oliveira, KM 413, - Bairro cachoeira II, Serra Talhada/PE

SERRA TALHADA-PE, 07 de agosto de 2020.

CRISTIANO CORRÊA
Ten Cel BM - Cmt do 3º GB

CERTIDÃO DE OCORRÊNCIA nº 080 / 2020 - 3ºGB - DOP

O Comandante do 3º Grupamento de Bombeiros do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Pernambuco no uso das suas atribuições e por solicitação do Sr. **VALDEIR PEREIRA LIMA (GENITOR DA VÍTIMA)**, RG 1801058 SSP/PB, CPF 882.204.434-72, residente à Rua Virgulino Ferreira, 1326, COHAB, Serra Talhada-PE, delegou que a Divisão de Operações procedesse o levantamento nos autos e emitisse a seguinte certidão, no que consta que foram deslocadas as viaturas AR 656 e ABTS 840, da 1ª Seção de Bombeiros, do 3º Grupamento de Bombeiros em Serra Talhada-PE, às 20:28h do dia 08 de maio de 2020, comandadas, respectivamente pelo SD QBMG 1/718153-1 **ERICK DIEGO OLIVEIRA OMENA DA SILVA** e pelo SGT QBMG 1/798176-7 **JOSEMAR DA SILVA COELHO** para uma ocorrência de APH (COLISÃO ENTRE MOTOCICLETAS), nº B (1390582), sendo vitimada a Sra. **VITÓRIA LARISSA ARAÚJO LIMA**, a qual declarou que estava na condição de garupa de uma motocicleta quando ocorreu a colisão. No local da ocorrência, as guarnições não visualizaram os veículos envolvidos no sinistro. O acidente ocorreu na BR 232, Km 408, COHAB, Serra Talhada-PE, e a vítima apresentava as seguintes lesões aparentes: fratura fechada nos membros superiores e escoriações nos membros inferiores. A mesma foi socorrida e conduzida ao Hospital Regional Professor Agamenon Magalhães, Serra Talhada-PE, ficando aos cuidados do Dr. **ALGACY FERNANDO**, CREMEPE 8467, prontuário 50.

Após o levantamento dos dados e confecção da referida certidão pelo SD QBMG 1/718149-3 **JOSÉ HUMBERTO PEREIRA** e nada mais havendo nos registros e relatórios da ocorrência arquivada nesta Unidade, segue assinado por mim, CAP QOC/BM 704015-6 **WAMBERG RODRIGUES DOS SANTOS**, chefe da Divisão de Operações e certificada pelo Comandante da Unidade.

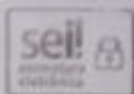
Certidão emitida através do Processo SEI nº 3900000248.000181/2020-13



Documento assinado eletronicamente por **José Humberto Pereira**, em 07/08/2020, às 12:53, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Cristiano Correa**, em 07/08/2020, às 19:31, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



Documento assinado eletronicamente por **Wamberg Rodrigues dos Santos**, em 10/08/2020, às 11:41, conforme horário oficial de Recife, com fundamento no art. 10º, do Decreto nº 45.157, de 23 de outubro de 2017.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.pe.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **8078553** e o código CRC **F6C6D814**.

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 20/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, ULNA E RÁDIO ESQUERDOS.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDOS.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, ULNA E RÁDIO ESQUERDO.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E 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 superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			52,5 %	R\$ 7.087,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, ULNA E RÁDIO ESQUERDOS.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDOS.

**Documentos
complementares:**

Observações: 130320 - RECUSA DE PERÍCIA PELO PROCURADOR.POUCA DOCUMENTAÇÃO

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0229245/20

Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

CPF: 154.832.654-24

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 08/05/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

VALDEIR PEREIRA LIMA : 882.204.434-72

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA : 154.832.654-24

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: 17/08/2020
Nome: VALDEIR PEREIRA LIMA
CPF: 882.204.434-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/08/2020
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

VALDEIR PEREIRA LIMA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200292341 **Cidade:** Serra Talhada **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VITORIA LARISSA ARAUJO LIMA **Data do acidente:** 08/05/2020 **Seguradora:** USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO ÚMERO, ULNA E RÁDIO ESQUERDOS.
FRATURA DA TÍBIA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE) E ALTA MÉDICA. PÁG 4/5

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR ESQUERDOS.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR E LEVE
DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDOS.

**Documentos
complementares:**

Observações: 130320 - RECUSA DE PERÍCIA PELO PROCURADOR.

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			35 %	R\$ 4.725,00