



20/04/2023

Número: **0000421-57.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **04/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes   |                    | Procurador/Terceiro vinculado  |  |
|--|--------------------|--|--|
| DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA (AUTOR)                |                    | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO(A))  |  |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    | ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))<br>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) |  |
| Documentos   |                    |  |  |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento  | Tipo                                       |
| 131109027  | 20/04/2023 13:09   | <a href="#">2792922_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01</a>  | Ações processuais\Documento de Comprovação |



**EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA ÚNICA VARA CÍVEL DA COMARCA DE TRIUNFO/PE - SEÇÃO -**

**PROCESSO: 00004215720208173520**

**SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A**, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.<sup>a</sup>, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

**DO LAUDO PERICIAL**

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Sendo assim, na hipótese de condenação, o valor indenizatório deverá respeitar a tabela inserida na Lei 11.945/09, devendo ainda ser observado o pagamento administrativo realizado na monta de R\$ 675,00 (seiscentos e setenta e cinco reais).

Destarte, requer a Ré que o N. Magistrado acolha o descrito no laudo apresentado pelo *expert*, tendo em vista que foram devidamente utilizados os critérios de fixação de indenização do ANEXO I da Lei 6.194/74 c/c Súmula 474 do STJ.

Nestes Termos,  
Pede Deferimento,

TRIUNFO, 19 de abril de 2023.

**JOÃO BARBOSA**  
**OAB/PE 4246**

**ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELO JUNIOR**  
**OAB/PE 30225**



Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:39  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013093986600000128083636>  
Número do documento: 23042013093986600000128083636

Rua do Passeio, 38, Torre 2, 15º andar - Sala 1509/1512 – Centro - RJ – Rio de Janeiro - CEP:20021-290  
[www.joaobarbosaadvass.com.br](http://www.joaobarbosaadvass.com.br)



Assinado eletronicamente por: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR - 20/04/2023 13:09:39  
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=23042013093986600000128083636>  
Número do documento: 23042013093986600000128083636



Número: **0000421-57.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **04/11/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes   |                    | Procurador/Terceiro vinculado  |  |
|--|--------------------|--|--|
| DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA (AUTOR)                |                    | HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO(A))  |  |
| SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (RÉU) |                    | ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR (ADVOGADO(A))<br>RAFAELLA BARBOSA PESSOA DE MELO (ADVOGADO(A)) |  |
| Documentos   |                    |  |  |
| Id.  | Data da Assinatura | Documento  | Tipo                                       |
| 131109028  | 20/04/2023 13:09   | <a href="#">ANEXO 1</a>  | Ações processuais\Documento de Comprovação |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 09 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190470309

Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

Data do Acidente: 18/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

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

Carta nº 14688417

Pag. 01549/01550 - carta\_01 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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, 22 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190470309**

**Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**

**Data do Acidente: 18/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ANTONIO PEREIRA FILHO**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

|                  |            |
|------------------|------------|
| Multa:           | R\$ 0,00   |
| Juros:           | R\$ 0,00   |
| Total creditado: | R\$ 675,00 |

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **001**

Agência: **000002739-1**

Conta: **000010025557-4**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|  |                |                             |
|--|----------------|-----------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:   | CPF da vítima: | Nome completo da vítima:    |
|  | 113.249.244-71 | DIHEGO MARCEL BATISTA SILVA |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                |                             |
| Nome completo: DIHEGO MARCEL BATISTA SILVA   |                |                             |
| Profissão:   | Endereço:      | CPF:                        |
| RECUSA   | SITIO ALMAS    | 113.249.244-71              |
| Bairro:  | Cidade:        | Número:                     |
| ZONA RURAL   | TRIUNFO        | 4000                        |
| E-mail:  | Estado:        | Complemento:                |
| TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM   | PE             | CASA                        |
|  | CEP:           |                             |
|  | 56870-000      |                             |
|  | Tel.(DDD):     |                             |
|  | 87-9935-5533   |                             |

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

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| RENDA MENSAL:                                       |  |  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|  |   |
|--|---|
| <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)                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)  | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)    |
| Nome do BANCO:   |   |
| AGÊNCIA: 2739 1  | AGÊNCIA:  |
| CONTA: 21.355 1  | 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.

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| Estado civil da vítima:               | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grau de Parentesco com a vítima:      | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                       | Vivos:  | Falecidos:   |
| Vítima deixou nascituro (val nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Vítima deixou pais/avós vivos?                               |
|                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

|  |             |
|--|-------------|
| Local e Data: FLORES - PE 25/07/2019           | TESTEMUNHAS |
| Nome:  | 1ª   Nome:  |
| CPF:   | CPF:        |
|  | Assinatura  |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO           | 2ª   Nome:  |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | CPF:        |
|  | Assinatura  |
| Assinatura do Representante Legal (se houver)  |             |
| Assinatura do Procurador (se houver)           |             |

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

08 AGO 2019







GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 184ª CIRCUNSCRIÇÃO - CALUMBI - DP184-CIRC  
DINTER2/21º DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0274000127**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/07/2019** às **11:04**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **18/4/2019** no período da **Tarde**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CALUMBI, 01, PE 320, PROXIMO AO SITIO CAJAZEIRAS**  
Bairro: **CENTRO - CALUMBI/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 320**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)  
EDMILSON GOMES DE PADUA (OUTRO)  
DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA (VÍTIMA)

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**

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

**DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARTA MARIA BATISTA BARBOSA** Pai: **JOSEVALDO DOS SANTOS SIQUEIRA** Data de Nascimento: **8/3/1995** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9708551/SDS/PE (RG), 11924924471 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **AGRICULTOR(A)**  
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 4000, SITIO ALMAS - CEP: - Bairro: - TRIUNFO/PERNAMBUCO /BRASIL**

**EDMILSON GOMES DE PADUA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ZILDA GOMES DE PADUA** Pai: **JOAO LOPES DE PADUA** Data de Nascimento: **15/7/1976** Naturalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 68, RUA JOAO GOMES SOARES DA SILVA - CEP: - Bairro: - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**NÃO SE APLICA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Mãe: **NÃO SE APLICA** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**CG FAN 160 (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **EDMILSON GOMES DE PADUA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**



Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDY7586** (PERNAMBUCO/TRIUNFO) Renavam: **1154764998** Chassi: **9C2KC2200JR154305**  
Ano Fabricação/Modelo: **2018/2018** Combustível: **ALCO/GASOL**

### Complemento / Observação

DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE: NA DATA DE 18/04/2019, QUANDO TRANSITAVA DE MOTOCICLETA (HONDA CG FAN 160) NA PE 320, NA ALTURA DO SÍTIO CAJAZEIRAS (CALUMBI-PE), indo para sua casa em TRIUNFO-PE, CAIU EM UM BURACO E VEIO A PERDER O CONTROLE DA MOTO, CAINDO AO SOLO. DEVIDO A QUEDA, DIHEGO TEVE O 5º DEDO DA MÃO DIREITA FRATURADO E UM FERIMENTO CORTANTE NO PÉ DIREITO (CORTE) (CONFORME O BOLETIM DE EMERGÊNCIA SENHA : 5665477), SENDO SOCORRIDO POR UM CONHECIDO QUE VINHA PASSANDO PELO LOCAL ALGUNS INSTANTES DEPOIS. A MOTOCICLETA SUPRACITADA PERTENCE A EDMILSON GOMES DE PADUA E NO ATO DO ACIDENTE ESTAVA DE POSSE DE DIHEGO MARCIEL, QUE VINHA SOZINHO.

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

**DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**

(VITIMA) *Dihego marciel B Siqueira*

B.O. registrado por: **Rodrigo Mesquita Pereira Valões** - Matrícula: **387178-9**

*Rodrigo Mesquita Pereira Valões*



08 AGO 2019





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

|  |                |                             |
|--|----------------|-----------------------------|
| Nº do sinistro ou ASL:   | CPF da vítima: | Nome completo da vítima:    |
|  | 113.249.244-71 | DIHEGO MARCEL BATISTA SILVA |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 |                |                             |
| Nome completo:   | CPF:           |                             |
| DIHEGO MARCEL BATISTA SILVA  | 113.249.244-71 |                             |
| Profissão:   | Endereço:      | Número:                     |
| RECUSA   | SITIO ALMAS    | 4000                        |
| Bairro:  | Cidade:        | Estado:                     |
| ZONA RURAL   | TRIUNFO        | PE                          |
| E-mail:  | CEP:           | Tel.(DDD):                  |
| TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM   | 56870-000      | 87-9935-5533                |

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

|   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| RENDA MENSAL:                                       |  |  |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00             | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA                  | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00        |

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

|  |   |
|--|---|
| <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)                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)  | <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)    |
| Nome do BANCO:   |   |
| AGÊNCIA: 2739 1  | AGÊNCIA:  |
| CONTA: 21.355 1  | 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.

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

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

### DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

|                                       |   |  |
|---------------------------------------|---|--|
| Estado civil da vítima:               | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima:                                     |
| Grau de Parentesco com a vítima:      | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos?                   | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Se tinha filhos, informar quantos:                           |
|                                       | Vivos:  | Falecidos:   |
| Vítima deixou nascituro (val nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não   | Vítima deixou pais/avós vivos?                               |
|                                       | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

|  |             |
|--|-------------|
| Local e Data: FLORES - PE 25/07/2019           | TESTEMUNHAS |
| Nome:  | 1ª   Nome:  |
| CPF:   | CPF:        |
|  | Assinatura  |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO           | 2ª   Nome:  |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | CPF:        |
|  | Assinatura  |
| Assinatura do Representante Legal (se houver)  |             |
| Assinatura do Procurador (se houver)           |             |

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018

08 AGO 2019



## COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO



## PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO

Fundo Municipal de Saúde

UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

|   |                           |
|---|---------------------------|
| Data e Hora: 16:55 18/04/19   | Nº. Ocorrência            |
| Nome: Diego Marcel Brito da Silva   | Data Nascimento: 08/03/95 |
| Profissão:  | Doc. Ident.: 9.708.551    |
| End.: R. Rio Amazonas   |                           |
| Responsável: R. Mello   |                           |
| End/Fone: 99934079  | 404 505379343018          |
| Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/><br>Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> |                           |

|  |                                     |  |
|--|-------------------------------------|--|
| Pressão Arterial:  | Pulso:                              | Temperatura:   |
| Histórico e Exame Físico:  |                                     |  |
| De fe acidente de trânsito<br>de moto com ferimento contuso em<br>P <sup>o</sup> D <sup>o</sup> e fratura do 5 <sup>o</sup> dedo<br>não D <sup>o</sup> . |                                     |  |
| Tratamento:  |                                     |  |
| - sutura<br>- R + P <sup>o</sup> D <sup>o</sup> / P <sup>o</sup> D <sup>o</sup>  |                                     |  |
| Impressão Diagnóstica:   |                                     |  |
| Fratura 5 <sup>o</sup> dedo.   |                                     |  |
| Destino do Paciente  | Residência <input type="checkbox"/> | Internado <input type="checkbox"/> Transferido <input checked="" type="checkbox"/> |
| Removido para Hospital   | HOSPAM: 566547                      |  |
| Óbito às   | horas do dia                        |  |

Médico - Carimbo e CRM:

Dr. Jailson José dos Santos  
 Reumatologia  
 CRM: 17760-0/AM-08/1961

08 AGO 2019



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001      AGÊNCIA: 1769-8      CONTA: 000000611000-2

---

---

|                        |            |
|------------------------|------------|
| DATA DA TRANSFERENCIA: | 16/09/2019 |
|------------------------|------------|

|                      |
|----------------------|
| NUMERO DO DOCUMENTO: |
|----------------------|

|              |        |
|--------------|--------|
| VALOR TOTAL: | 675,00 |
|--------------|--------|

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000010025557-4

---

---

Nr. da Autenticação 7A8F33FF292F76D7





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

**Boleto de Pagamento de Licenciamento 2019**  
**Veículos Usados**

**Carta**  
Nº 07740015500  
DETRAN-PE  
CORREIOS

Data Postagem  
21/01/2019

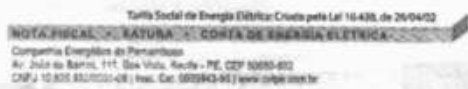
ANTONIO PEREIRA FILHO  
RUA TRAV MANOEL SANTANA 56  
CASA  
CENTRO  
56850-000 FLORES PE

PCK6268 HONDA/CG 160 FAN

Pernambuco

08 AGO 2019





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA  
RUA MARCEL SANTANA, 56 D

CENTROFLORES  
FLORES RE.  
56650-000

|            |            |
|------------|------------|
| 4005938882 | 07/2018    |
| 31/07/2019 | 23/08/2019 |
| 248,40     |            |

|            |            |
|------------|------------|
| 4005938882 | 07/2018    |
| 31/07/2019 | 23/08/2019 |
| 248,40     |            |

|            |            |
|------------|------------|
| 4005938882 | 07/2018    |
| 31/07/2019 | 23/08/2019 |
| 248,40     |            |

| DESCRIÇÃO DA DESPESA FISCAL               |              |             |             |
|---|--------------|-------------|-------------|
|   | QUANTIDADE   | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
| Consumo Abaixo de 30 kWh                  | 30.00000000  | 0,29645626  | 7,81        |
| Consumo Abaixo superior a 30 até 100 kWh  | 70.00000000  | 0,44849092  | 31,25       |
| Consumo Abaixo superior a 100 até 220 kWh | 170.00000000 | 0,08874488  | 80,26       |
| Consumo Abaixo superior a 220 kWh         | 80.00000000  | 0,75471654  | 73,87       |
| Adicional de Iluminação a AMARELA         |              |             | 2,79        |
| Contrib. Rum. Pública Municipal           |              |             | 49,34       |
| CMR Subversão CDE-UF 08344473 24/05/19    |              |             | 1,43        |
| CMR Subversão à Base Renda                |              |             | 3,55        |
| Watts por litro - 4º 06708730 - 22/06/19  |              |             | 3,76        |
| Juros por atraso-UF 08708730 - 22/06/19   |              |             | 0,88        |
| Avaliação IGPRI-UF 08708730 - 22/06/19    |              |             | 0,85        |
| Compensação CMC 08/19                     |              |             | 4,34        |
| Bônus (IAPU) - art 21 da Lei 10.438/2002  |              |             | 7,31        |

|                 |        |
|-----------------|--------|
| TOTAL DA FATURA | 368,40 |
|-----------------|--------|

| DEMONSTRATIVO DE CONTINUIDADE DA VOTAÇÃO |                |            |           |              |           |                   |             |        |                 |
|--|----------------|------------|-----------|--------------|-----------|-------------------|-------------|--------|-----------------|
| MPO MEDIDOR                              | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR   |           | ATUAL        |           | MPO DE COMPARAÇÃO | CONSTATANTE | AJUSTE | CONSUMO DE VOTO |
|  |                | DATA       | LEITURA   | DATA         | LEITURA   |                   |             |        |                 |
| 00000001                                 | LA-1           | 0000-00-01 | 40.230,00 | 240000-00-01 | 40.847,20 | 02                | 1.00000     |        | 000,00          |

[illegible][illegible]

Per informazioni sui corsi di  
formazione e sulle iniziative di  
ricerca, visitate il sito  
[www.istitutocnr.it](http://www.istitutocnr.it)

| Estrutura da Produção de Sementes em 2006 |          |           |               |              | Produção de Sementes em 2006 |              |  |
|---|----------|-----------|---------------|--------------|------------------------------|--------------|--|
| Cultivo                                   | Espécies | Área (ha) | Produção (kg) | Produção (t) | Produção (t)                 |              |  |
|   |          |           |               |              | Produção (t)                 | Produção (t) |  |
| Soja                                      | 1        | 1.20      | 0.13          | 19.34        | 27.73                        | 225          |  |
| Feijão                                    | 2        | 1.30      | 0.73          | 13.48        | 30.2                         | 231          |  |
| Arroz                                     | 3        | 1.11      | 0.20          | 0.20         |                              |              |  |

Fonte: IBGE, 2002. NOTA: - Valor da produção em toneladas de sementes em 2006, 19.

© 2006 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 260: 111–121

20 AGO 2019







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=25636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

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

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO

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

DINEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.249.244 / 71

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima DINEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 119.249.244 / 71, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recusa informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

|                                   |                   |                       |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------|
| Endereço:                         | Número:           | Complemento:          |
| <u>TV. MANOEL SANTANA</u>         | <u>56</u>         | <u>CASA</u>           |
| Bairro:                           | Cidade:           | Estado:               |
| <u>CENTRO</u>                     | <u>FLORES</u>     | <u>PE</u>             |
| E-mail:                           | CEP:              | Tel. (DDD):           |
| <u>TOINHODERMELIA@HOTMAIL.COM</u> | <u>56.850-000</u> | <u>87 - 9935-5533</u> |

Local e Data: FLORES - PE 25/07/2019

Antonio Pereira Filho  
Assinatura do Declarante

DLDRL001 V001/2017

08 AGO 2019



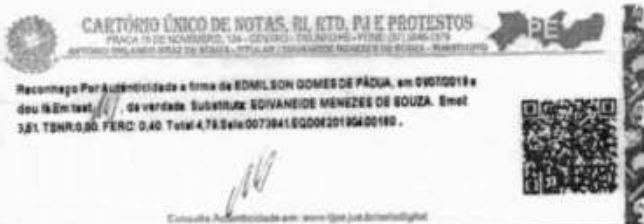
### Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDMILSON GOMES DE PÁDUA,  
RG nº 5351618, data de expedição 04/05/02,  
Órgão SSP-PE, portador do CPF nº 024.485.894-29, com  
domicílio na cidade de TRIUNFO, no Estado de  
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
SI. DILMAS, nº 4000,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima DIEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA, cujo o condutor era  
DIEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA

Veículo: MOTOCICLETA  
Modelo: HONDA CG 160 FAN  
Ano: 2018 MOD 2018  
Placa: PJY 7586  
Chassi: 9C2KC22003R154305  
Data do Acidente: 18/04/2019  
Local e Data: FLORES-PE 25/07/2019

Edmilson Gomes de Pádua  
Assinatura do Declarante  
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Diego Marcel B Siqueira  
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)  
(Sem reconhecimento de firma)



08 AGO 2019



## PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



### DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190470309 **Cidade:** Calumbi **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA **Data do acidente:** 18/04/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

### PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 26/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (P.8)  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS 5º DEDO DA MÃO DIREITA.

**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 MODERADA 5º DEDO DA MÃO  
DIREITA.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

### DANOS

| DANOS CORPORAIS<br>COMPROVADOS  | Percentual da Perda<br>(Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento<br>da Perda (art 3º<br>§ 1º da Lei<br>6.194/74) | % Apurado | Indenização<br>pelo dano |
|---|---|---|-----------|--------------------------|
| Dedos mão-Perda funcional completa de<br>qualquer um dentre os outros dedos da<br>mão | 10 %  | Em grau médio - 50 %  | 5%        | R\$ 675,00               |
| Total   |   |   | 5 %       | R\$ 675,00               |





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

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Data e Hora: 16:55 18/04/19  | Nº. Ocorrência                 |
| Nome: Diego Marcel Góes da Silva   | Data Nascimento: 18/03/95      |
| Profissão:   | Sexo: M Doc. Ident.: 9.708.351 |
| End.: Rua...   |                                |
| Responsável: R. M. M.  |                                |
| End/Fone: 99934079   | 404 505379343018               |
| Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito <input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> |                                |
| Agressão <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/>  |                                |

|  |  |                   |
|--|--|-------------------|
| Pressão Arterial:  | Pulso:   | Temperatura:      |
| Histórico e Exame Físico:<br>Do 1º ao 4º dia de acidente de moto com fratura costeira em 1º e 2º e fratura do 5º dedo mão D. |  |                   |
| Tratamento:<br>- sutura<br>- R + MTD / 1º e 2º   |  |                   |
| Impressão Diagnóstica:<br>Fratura 5º dedo.   |  |                   |
| Destino do Paciente<br>Removido para Hospital  | Residência <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/> Transferido <input checked="" type="checkbox"/> | HOSPITAL: 5665417 |
| Óbito às   | horas do dia   |                   |
| Médico - Carimbo e CRM:<br>Dr. Jaisson José dos Santos<br>Reumatologia<br>CRM: 17769 CRM-RO 1461                             |  | 08 AGO 2019       |





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

Encaminhamento para Especialista

|                                  |  |      |     |
|----------------------------------|--|------|-----|
| Unidade de Origem:               |  |      |     |
| Paciente                         | Mariana Rêta Feijó de Souza  |      |     |
| Registro                         |  |      |     |
| Dados Clínicos                   | Hipertensão de Pico de Pico  |      |     |
| Exames Complementares Resultados | Não em / 18/08/19  |      |     |
| Hipótese Diagnóstica             | Tumor  |      |     |
| Conduta Adotada                  |  |      |     |
| Justificativa do Encaminhamento  | Tumor / a especialista.  |      |     |
| Encaminhado para                 | 129/Port<br>Senha: 5665416   |      |     |
| Data                             | 18/08/19   | Nome | CRM |
| Unidade do Especialista          | J. S.  |      |     |
| Exame Clínico                    |  |      |     |
| Exames Complementares            |  |      |     |
| Parecer do Especialista          |  |      |     |
| Tratamento Proposto              |  |      |     |
| LOCAL:                           | Na Unidade de Origem <input type="checkbox"/><br>Na Unidade de Referência <input type="checkbox"/><br>Outro Serviço <input type="checkbox"/> |      |     |
| Nome                             | CRM  | Data |     |

08 AGO 2019







| BOLETIM DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO E EMERGÊNCIA |                                 | Nº: 130                    |
|--|---------------------------------|----------------------------|
| Data:  | 25/04/2019                      | Hora: 19:28                |
| Nome:  | Roberto Henrique Batista Soares | Profissão: Cirurgião       |
| Nome Social:                                   |                                 | Estado Civil: Solteiro     |
| Nascimento:                                    | 05/03/1985                      | Sexo: F                    |
| Escolaridade:                                  | P. 9º                           | Responsável: Maria (filha) |
| Mãe:   | Maria Helena Batista Mendes     |                            |
| Endereço:                                      | Sul do Brasil                   | Fone: 9-9600-8345          |
| Bairro:  | 20000-000                       | Município: São Paulo       |
| Cartão SUS:                                    | 404 003 4134 3018               | RG/CPF: 9.108.751          |
| Raça/Cor:                                      | Branca                          | Parda                      |
|  | Indígena                        |                            |

| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO  |        | <input type="checkbox"/> VERMELHO | <input type="checkbox"/> AMARELO | <input type="checkbox"/> VERDE | <input type="checkbox"/> AZUL |
|-------------------------|--------|-----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| Situação/Queixa:        |        |                                   |                                  |                                |                               |
| PA:                     | Pulso: | HGT:                              | T:                               | SpO2:                          | Peso:                         |
| Medicações em uso:      |        |                                   |                                  |                                |                               |
| Intolerâncias/Alergias: |        |                                   |                                  |                                |                               |
| Fluxograma:             |        |                                   | Carimbo e Assinatura:            |                                |                               |

| ATENDIMENTO MÉDICO       |  |
|--------------------------|--|
| História e Exame Físico: |  |
| Tratamento:              |  |
| Hipótese Diagnóstica:    | Carimbo e Assinatura:                              |
| Fratura f. do V. do D.   | Dr. José Inácio B. Guimarães<br>Médico Ortopedista |

1. Paciente em lista de espera - 08 AGO 2019



## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

|  |   |   |
|--|---|---|
| NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:<br><b>HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA</b> |   | DATA DA SOLICITAÇÃO:<br><b>20/04/2019 10:40</b> |
| MÉDICO SOLICITANTE:<br><b>JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES</b>  | ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO:<br><b>CRM - 9608</b> |   |

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

|   |  |                                    |
|---|--|------------------------------------|
| NOME DO PACIENTE:<br><b>DIEGO MARCEL B. SIQUEIRA</b>          |  | Nº DO PRONTUÁRIO:<br><b>564010</b> |
| CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):                               | DATA DE NASCIMENTO:<br><b>08/03/1995</b> | SEXO:<br><b>Masculino</b>          |
| NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:<br><b>MARTA MARIA B. BARBOSA</b>  |  | TELEFONE DE CONTATO:               |
| ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):<br><b>SÍTIO ALMAS, ZONA RURAL</b> |  |                                    |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:<br><b>TRIUNFO</b>                    | COD. IBGE MUNICÍPIO:<br><b>4322004</b>   | UF:<br><b>PE</b>                   |
|   |  | CEP:                               |

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

|  |                    |                           |
|--|--------------------|---------------------------|
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:<br><b>PACT. ERR APOS QUEDA DE BICICLETA SOFRE FRATURA NO MOMENTO COM DOR E EDEMA EM REGIÃO PELE INTEGR.</b> |                    |                           |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:   |                    |                           |
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS):<br><b>EXAME FÍSICO + RAIOS X</b>                                    |                    |                           |
| DIAGNÓSTICO INICIAL:<br><b>FRATURA FVDD 5º DEDO DIREITO</b>  |                    |                           |
| CID 10 PRINCIPAL:  | CID 10 SECUNDÁRIO: | CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: |

### SINAIS VITAIS

|                               |                                   |                                       |                           |                                |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| F. CARDÍACA:<br><b>65 Bpm</b> | F. RESPIRATÓRIA:<br><b>20 lpm</b> | PRES. ARTERIAL:<br><b>120/80 MMHG</b> | SATURACAO:<br><b>99 %</b> | TEMPERATURA:<br><b>36,5 °C</b> |
|-------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

|   |  |
|---|--|
| DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:     | CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:  |
| CLÍNICA:                                  | Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: |
| CARÁTER DA INTERNAÇÃO:<br><b>URGÊNCIA</b> | DOCUMENTO:<br><b>(X) CNS ( ) CPF</b>                           |

### EXECUTANTE

|                                     |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: | DATA DE AUTORIZAÇÃO: |
| TIPO DE LEITO:                      | ESPECIALIDADE:       |
| MÉDICO AUTORIZADOR:                 |                      |

### AUTORIZAÇÃO

|   |                                    |
|---|------------------------------------|
| NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:                   | DATA DA SOLICITAÇÃO:               |
| DOCUMENTO:<br><b>(X) CNS ( ) CPF</b>                | COD. ÓRGÃO EMISSOR:<br><b>6572</b> |
| Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: |                                    |

08 AGO 2019



## ESPELHO DA SOLICITAÇÃO

### EVOLUÇÃO

Data/Hora Profissional Evolução

22/04/19 09:16 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição

PACT, INTERNO SEM QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AGUARDANDO VAGA CIRURGICA

Data/Hora Profissional Evolução

21/04/19 07:18 GLISSIA OLIVEIRA PAIXAO E SILVA

Descrição

REALIZADO BUSCA ATIVA DE LEITOS, SEM DISPONIBILIDADE NO MOMENTO.

Data/Hora Profissional Evolução

20/04/19 11:28 MARIANA FERRAZ DA SILVA ROSA

Descrição

SOLICITAÇÃO VISUALIZADA. NO MOMENTO NÃO DISPONEMOS DE VAGAS PARA OFERTAR NESTA ESPECIALIDADE NAS REDES PÚBLICAS E CONVENIADAS AO SUS.

Data/Hora Profissional Evolução

20/04/19 10:54 JOSE ANDRE MELO BARRETO GUIMARAES

Descrição

Solicitação Leito

### TEMPO DE ATENDIMENTO

| Data / Hora    | Status                     | Tempo utilizado | Usuário/Estabelecimento   | Observação  |
|----------------|----------------------------|-----------------|---|---|
| 20/04/19 10:54 | Em digitação               | 0h:0m:57s       | ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA | Solicitação armazenada.   |
| 20/04/19 10:55 | Aguardando Regulação       | 0h:31m:15s      | ANACS/HOSPITAL REGIONAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHAES - S. TALHADA | Alterada situação da solicitação de EM DIGITAÇÃO para AGUARDANDO REGULAÇÃO.   |
| 20/04/19 11:26 | Aguardando Regulação       | 0h:0m:28s       | RNASCIMENTO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE              | Associando profissional regulador: RNASCIMENTO solicitação: 564020            |
| 20/04/19 11:27 | Regulado                   | 0h:2m:1s        | RNASCIMENTO/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE              | Alterada situação da solicitação de AGUARDANDO REGULAÇÃO para REGULADO.       |
| 20/04/19 11:29 | Aguardando Disponibilidade |                 | MARIANAFSR/CENTRAL DE REGULAÇÃO HOSPITALAR - SES/PE               | Alterada situação de solicitação de REGULADO para AGUARDANDO DISPONIBILIDADE. |

### DADOS CANCELAMENTO

### DADOS ALTA

### ASSISTIDO

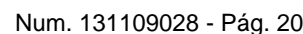
Data / Hora Paciente Assistido Usuário

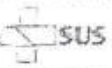
### DADOS REJEIÇÃO

08 AGO 2019






08 AGO 2019

|  |   |  |
|--|---|--|
|   | Sistema Único de Saúde<br>Ministério da Saúde | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>   |   |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE<br>HOSPITAL SÃO VICENTE  |   | 2 - CNES<br>2 3 5 1 6 3 3  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE<br>HOSPITAL SÃO VICENTE   |   | 4 - CNES<br>2 3 5 1 6 3 3  |
| <b>Identificação do Paciente</b>   |   |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br>DIHEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA   |   | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO<br>00111929   |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)<br>7 0 4 5 0 5 3 7 9 3 4 3 0 1 8  |   | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br>08 / 03 / 1995   |
| 9 - SEXO<br>Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>   |   | 10 - RAÇA/COR<br>PARDA   |
| 11 - NOME DA MÃE<br>MARTA MARIA BATISTA BARBOSA  |   | 12 - TELEFONE DE CONTATO<br>8 7 9 6 0 5 8 3 4 5  |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL<br>   |   | 14 - TELEFONE DE CONTATO<br>8 7 9 6 0 6 3 9 6 8  |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)<br>SÍTIO ALMAS, 4000, ZONA RURAL   |   |  |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA<br>TRIUNFO  |   | 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO<br>2615706  |
|  |   | 18 - UF<br>PE  |
|  |   | 19 - CEP<br>5 6 8 7 0 0 0 0  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>   |   |  |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Síndrome autística MSD, déficit de atenção e hiperatividade S.O.D. e hiperatividade de v/s. MSD</i> |   |  |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Necessidade de trat. psicológico</i>  |   |  |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><i>MSD em SPE, Defel</i>                                      |   |  |
| 23 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL<br><i>MSD em S.O.D.</i>   |   |  |
| 24 - CID-10 PRINCIPAL<br>  |   |  |
| 25 - CID-10 SECUNDÁRIAS<br>  |   |  |
| 26 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS<br>  |   |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>   |   |  |
| 27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>psicoterapia</i>   |   | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO<br>040 80 20 3 4 2   |
| 29 - DATA DO PROCEDIMENTO<br>  |   | 30 - DATA DE VALIDADE DA INTERNAÇÃO<br>  |
| 31 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF  |   | 32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)<br>  |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE<br>Antonio Rodrigues de Freitas  |   | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO<br>29.04.2019   |
| 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>02517859   |   | 36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>   |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>  |   |  |
| 37 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  |   |  |
| 38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  |   |  |
| 39 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO   |   |  |
| 40 - Nº DO BILHETE   |   |  |
| 41 - SÉRIE   |   |  |
| 42 - CNPJ EMPRESA  |   |  |
| 43 - CNAE DA EMPRESA   |   |  |
| 44 - CBOE  |   |  |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA<br>( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURO                           |   |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>   |   |  |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR<br>  |   | 47 - CID. ORGÃO EMISSOR<br>  |
| 48 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF  |   | 49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)<br>   |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br>   |   | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)<br>CPF: 153.272.714-13 CRM: 8603<br>Médico Autorizador<br>XI GELT |
|  |   | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br>02<br>12<br>29.04 'a 08.05.19   |





# Hospital São Vicente

|   |                      |  |
|---|----------------------|--|
| Data Atend: 29/04/2019  | Atendimento: 0014370 | Quarto/leito: 202 / 3                    |
| Paciente: 00111929 - DIHEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA   |                      |  |
| Cirurgia Realizado:<br><i>Ortopedia e Traumatologia</i><br><i>5º QD, 1º</i>   |                      | N. do Procedimento:<br><i>0108020342</i> |
| Data: <i>30/04/19</i>   | Início:              | Término                                  |
| Cirurgião: <i>ANTONIO</i>   |                      |  |
| 1º Auxiliar:  |                      |  |
| 2º Auxiliar:  |                      |  |
| Anestesista: <i>Luciano</i>   |                      |  |
| DESCRIÇÃO CIRURGICA:<br><i>Del. artroscopia do joelho</i><br><i>MED. de fixação, manipulação do</i><br><i>joelho direito e fixação de</i><br><i>uso de 02 fios de KIRSCHNER</i><br><i>e punção e splentes</i> |                      |  |
| <div style="text-align: center;"><br/>Antônio Rodrigues de Freitas<br/>CRM 7351<br/>CPF: 056.552.003-25</div>             |                      |  |
| Assinatura do Cirurgião   |                      |  |

NÃO ALÉRGICO

08 AGO 2019







(81) 9 96 06 39 68

HOSPITAL PROFESSOR AGAMENON MAGALHÃES  
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco  
Serra Talhada - FUSAM / SUS / PE

Nome: DIHAGO MARCEL B. S. OLIVEIRA

DIAG: FRATURA F. DO V. ODD

NO HOSPITAL SÃO VIVIAN

① DIAGNÓSTICO

② MANEJO NO DM ALUNOS

③ COBRAR ENTREGA  
TPAE

④ CC6

Data: 18/4/19

Médico - CRM

08 AGO 2019



MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
**119.249.244-71**

Nome  
**DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA**

Nascimento  
**08/03/1995**

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.708.551 DATA DE EMISSÃO 08/04/2013

NOME << DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA >>

FILIAÇÃO << JOSENALDO DOS SANTOS SIQUEIRA >>  
<< MARTA MARIA BATISTA BARBOSA >>

NACIONALIDADE TRIUNFO - PE DATA DE NASCIMENTO 08/03/1995

CPF 119.249.244-71

ASSINATURA DO TITULAR

CÓDIGO DE CONTROLE  
19B3.4EAA.51F3.18BB

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na internet, no endereço  
[www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)

Comprovante emitido pela  
Secretaria da Receita Federal do Brasil

às 10:07:01 do dia 16/10/2012 (hora e data de Brasília)  
dígito verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA CIVIL  
INSTITUTO DE DEFESA CIVIL

10H-02

*Dihego marcel Batista Siqueira*

CARTERA DE IDENTIDADE

08 AGO 2019



08 AGO 2019

# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: DIHEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
 Profissão: RECUSA, portador(a) do RG 9 208.551, órgão expedidor SSP-PE  
 e do CPF: 119.249.244-91, residente no(a) SILVAS  
 nº 4000, bairro: RURAL, município: TRIUNFO I. PE

## OUTORGADO:

Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO  
 Profissão: RECUSA, portador(a) do RG 2999873, órgão expedidor SSP-PE  
 e do CPF: 452.545.084-34, residente no(a) TV MANUEL SANTANA  
 nº 56, bairro: CENTRO, município: FLORES I. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima DIHEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA  
 CPF 119.249.244-91 data do acidente: 15/07/2019

Local e data: FLORES-PE 25/07/2019

Dihego Marcel B. Siqueira  
 Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



## DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(E E HOUVER):

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

Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS  
 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 1ª PF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura  
 TESTEMUNHAS  
 2ª Nome: \_\_\_\_\_  
 2ª CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura

08 AGO 2019



# PROCURAÇÃO PARTICULAR

## OUTORGANTE:

Nome: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA, brasileiro(a), estado civil: SOLTEIRO  
 Profissão: RECUSA, portador(a) do RG 9 208.551, órgão expedidor SSP-PE  
 e do CPF: 119.249.244-91, residente no(a) SILVAS  
 nº 4000, bairro: RURAL, município: TRIUNFO I. PE

## OUTORGADO:

Nome: ANTONÍNIO PEREIRA FILHO, brasileiro(a), estado civil: CASADO  
 Profissão: RECUSA, portador(a) do RG 2999873, órgão expedidor SSP-PE  
 e do CPF: 452.545.084-34, residente no(a) TV MANUEL SANTANA  
 nº 56, bairro: CENTRO, município: FLORES I. PE

PODERES: pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT**, a fim de que o outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, apresentar, firmar documentos, declarações e assinar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vítima DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA  
 CPF 119.249.244-91 data do acidente: 15/07/2019

Local e data: FLORES-PE 25/07/2019

Dihego marciel B. Siqueira  
 Assinatura do outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)



## DADOS DE QUEM ASSINA A ROGO(E E HOUVER):

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

Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura de quem assina A ROGO

TESTEMUNHAS  
 1ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura  
 TESTEMUNHAS  
 2ª Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Assinatura

08 AGO 2019





## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271283/19

**Vítima:** DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

**CPF:** 119.249.244-71

**Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

**Data do acidente:** 18/04/2019

**Titular do CPF:** DIHEGO MARCIEL  
BATISTA SIQUEIRA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação

#### ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

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

#### DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA : 119.249.244-71

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

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

ANTONIO PEREIRA FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271283/19

Número do Sinistro: 3190470309

Vítima: DIHEGO MARCIEL BATISTA SIQUEIRA

CPF: 119.249.244-71

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 18/04/2019

Titular do CPF: DIHEGO MARCIEL  
BATISTA SIQUEIRA

CPF de: Próprio

### DOCUMENTOS ENTREGUES

**ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34**

Comprovante de residência

### ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

#### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 20/08/2019  
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO  
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/08/2019  
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES  
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 119.249.244-71 4 - Nome completo da vítima: DIEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA

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

5 - Nome completo: DIEGO MARCEL BATISTA SIQUEIRA 6 - CPF: 119.249.244-71  
7 - Profissão: 8 - Endereço: SI ALMAS 9 - Número: 4000 10 - Complemento: CASA  
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRINHA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56840-000  
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 35991622558

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)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)  
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2739 1 CONTA: 25557 2

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

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

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, SALGUEIRO-PE 22/08/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

11 SET 2019

