

ITAÚ UNIBANCO S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Transferencia para conta no mesmo banco

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

BANCO: 341

AGÊNCIA: 477

CONTA: 78857

DATA DA TRANSFERENCIA:

30/09/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8146918

VALOR TOTAL:

1.687,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 05196

CONTA: 000000028103

Número da Autenticação

880416DB2066FF9DE30A3473386F4BA384885A969135A2D7964B379C6ED8183A

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048039 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. P3/4/5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220048039

Vítima: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 21/01/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Procurador: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos
25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **ALEXSANDRA GOMES DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000005196**

Conta: **0000028103-3**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026654/22

Vítima: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

CPF: 710.163.654-38

Seguradora: CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

Data do acidente: 21/01/2020

Titular do CPF: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO : 111.691.044-60

Comprovante de residência
Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro
Documentos de identificação
Procuração

ALEXSANDRA GOMES DA SILVA : 710.163.654-38

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/09/2022
Nome: JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO
CPF: 111.691.044-60

JULIANA MARIA DA SILVA NASCIMENTO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/09/2022
Nome: GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO
CPF: 097.679.434-98

GABRIELLA MARIA DE ABREU MACHADO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220048039 **Cidade:** Jaboatão dos Guararapes **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 21/01/2020 **Seguradora:** CAPEMISA SEGURADORA DE VIDA E PREV. S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DISTAL DO RÁDIO ESQUERDO. P3/4/5

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES BURIL

NOME
Alexsandra Gomes da Silva

SITUAÇÃO

Sebastião Gomes da Silva
Vera Lucia Maria da Conceição

NATURALIDADE Recife - PE

DATA NASCIMENTO 17/09/1998

ORGÃO EXPEDIDOR SDS/PE

RESERVAÇÃO

TIPO SANG. / FATOR RH
A



Alexsandra Gomes da Silva

Assinatura do Identificado

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Modelo Cartão Padrão 1998

LEI Nº 7.416 DE 29 DE AGOSTO DE 1983

REGISTRO CIVIL 10.066.270

DATA DE EXPEDIÇÃO

03/03/2022

REGISTRO CIVIL
CN 143192 Liv A122 Fls 86 02ª Distrito - Santo Antônio Recife - PE 05/10/1998

CPF 710.163.654-38

T. ELEITORAL

94650020809

REG./PIS/PASEP

DTPS

90666

IDENTIDADE PROFISSIONAL

SÉRIE

0120

UF

PE

CERT. MILITAR

CHH

CNS

704607683688527

Polgar Direito

Paulo Jesus Bauer Silva
Paulo Jesus Bauer Silva
Secretário de Estado



EC-09

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

PROCURAÇÃO

Outorgante: Alexsandra gomes da Silva, Brasileiro(a), Estado Civil solteira, Profissão....., Residente e domiciliado à Rua Muro lateão, nº 501, Bairro UR-05 Cohab, Município de: Recife, Estado PE, Cep 51280-341, Rg nº 10.066-270, órgão emissor SDS PE e CPF nº 710.163.654-38

Outorgado(a): **Juliana Maria da Silva Nascimento**, inscrito(a) no CPF sob o nº 111.691.044-60, Rg: 9.272.633, órgão emissor SDS-PE, estado civil: Solteira, Profissão: Autônoma. Com endereço na Tv. 3 Sempre Viva, Nº 78, Curado II, Jaboatão dos Guararapes-PE. Cep: 54000-000

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) Outorgado (a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer

Seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.(a) Alexsandra gomes da Silva, ocorrido em 21/01/2020, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo o(a) dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante junto a seguradora Líder dos consórcios DPVAT, podendo, para tanto, praticar todos os atos necessários para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Recife, de 09 de Agosto de 2022

Alexsandra gomes da Silva

Outorgante

Obs.: Reconhecer firma em cartório por **autenticidade ou verdadeira**



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 820588

1.1 - Atendimento em: 21/01/2020

1.2 - Às 10 horas e 53 minutos.

1.3 - Internado: SIM

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo - Reg. Geral No. 1141935

2.1 - Internado em : 21/01/2020

2.2 - Alta em : 23/01/2020

3. Hipótese Diagnóstica: - FRATURA FECHADA DE RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

4. Tratamento: - REDUÇÃO INCRUENTA + APOSIÇÃO DE 03 FIOS K 1,5 MM (21/01/2020).

5. Observação: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO.

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 22.2.2021

HORA: 15:09:15

PASTA: 01.02.2021

FL

LP

Dr. Fábio L. F. da Fonte
Cir. Geral e do
Aparelho Digestivo
CRM 12519 - Mat. 209511-4

Dr. Fábio Luna.



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 820588

Prontuário: 0001141935

Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA

Data Nasc.: 17/09/1998

Idade: 21

Sexo: FEMININO

CPF:

RG: 10066270

CNS:

Endereço: RUA TAQUARAL

Nº 9

Bairro: ZUMBI DO PACHECO

Cidade: JABOATAO DOS
GUARARAPES

CEP: 54230575

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 91537135

Nome da Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO

Acompanhante: ESPOSO (A)

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Ocorrência: SENHA 5865194 * PCIENTE REFERE OR + LIMITACOES DE MOVIMENTOS EM MSESE MIESQ APOS QUEDA DE MOTO

2 - ATENDIMENTO

Data: 21/01/2020

Hora: 10:53

Queixa Principal/HDA

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO HÁ 4 HORAS COM DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO, NEGA TCE, NEGA VOMTIOS, NEGA DESMAIO

História do Trauma

Perda da Consciência:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Episódio Emético:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Acidente de Trabalho:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
Acidente de Trânsito:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:			
Colisão:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:	Motorista <input type="radio"/>	Passageiro <input type="radio"/>	
Atropelamento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Tipo:	Sofreu Queda:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	
Queimadura:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Por que:			

Exame Físico:

A: Geral	Via aérea está pérvia:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	O paciente fala:	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	Temp.:
EGB, CONSCIENTE, ATIVA, EUPNEICA, HIDRATADA, NORMOCORADA, DOR + DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO					
B: Respiratório:					
Circulatório		PA:	Pulso:		
D: Exames Neurológico					
Deficiência Motora: MSD <input type="checkbox"/> MSE <input type="checkbox"/> MID <input type="checkbox"/> MIE <input type="checkbox"/>		Pupilas: Isocóricas <input type="radio"/> Anisocóricas <input type="radio"/>			
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal		Glasgow: Resposta Motora		
Score: Hora:	Score: Hora:	Score: Hora:			
E: Abdomen					
Diagnóstico Inicial: FRATURA DE RADIO DISTAL ESQUERDO					
Exames/ Conduta: TRATAMENTO CIRURGICO DE URGENCIA - AO BLOCO CIRURGICO					
Definição do Caso:					
Internamento <input type="radio"/>	Cirurgia <input checked="" type="radio"/>	Óbito <input type="radio"/>	Termo de Alta <input type="radio"/>	Evadiu-se <input type="radio"/>	Alta <input type="radio"/>

LUIZ FERNANDO CARDOSO DE MORAES - CRM: Nº.13773

Médico

Dr. Luiz Moraes
Transferência
Ortopedia/Traumatologia
CRM/13773

Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA **Nº registro:** 201972
Dt. Nasc.: 17/09/98 - 21 ano (s) **Sexo:** Feminino
Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO **Fone:** 81993592009
Endereço: R VALE DO ITAJAÍ, nº 1, COHAB. RECIFE - PE
Data/hora: 21/01/2020 - 08:47 **Nº pág.:** 1/1

GUIA DE ENCAMINHAMENTO E TRANSFERÊNCIA

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL:

FRATURA RADIO DISTAL E

EXAME FÍSICO:

PA: x mmHg | Temperatura: °
HGT: mg/dL | Sat O2: % | FC: Bpm | Peso: | Altura:

CONDUTA:

INDICO CIRURGIA

EXAMES COMPLEMENTARES/RESULTADOS:

RX

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: S525 - Fratura da extremidade distal do rádio | Fratura de

DADOS DA TRANSFERÊNCIA:

Transferência encaminhado para: Hospital Getúlio Vargas
Motivo: Tratamento Cirúrgico
Senha: 5865194

ESPECIALIDADE:

Transporte: Ambulância Unidade

Transferência Cancelada? NÃO


Dr. THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA
CRM:16462

Este documento foi assinado digitalmente, conforme Medida Provisória Nº 2.200-2 de 24/08/2001.
Nome do profissional: THIAGO OLIVEIRA DE ALMEIDA. CRM: 16462. Data e Hora: 21/01/2020 08:48:40.

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 21/01/2020 10:43

Nome Paciente:	ALEXSANDRA GOMES DA SILVA
Cód. Paciente:	
Data de Nascimento:	17/09/1998
Sexo:	Feminino
Idade:	21
Senha:	E0015
Convênio:	-
Atendimento:	
SAME:	

Período: 21/01/2020 10:44 - 21/01/2020 10:44

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **AMARELO - URGENTE**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: HISTORIA DE QUEDA DE MOTO HA 1 DIA, EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MSESQ E MIESQ
NEGA DM HAS ALERGIAS

Observação: SENHA 5865194

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - REGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO:
ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 21/01/2020 10:44



Secretaria Estadual de Saúde

RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA
Registro: 1141935
Data da Cirurgia: 21/01/2020
Operador: DR MUCIO LEONCIO
1º auxiliar: DR. EMMANUEL MR1
Anestesista: O PLANTONISTA

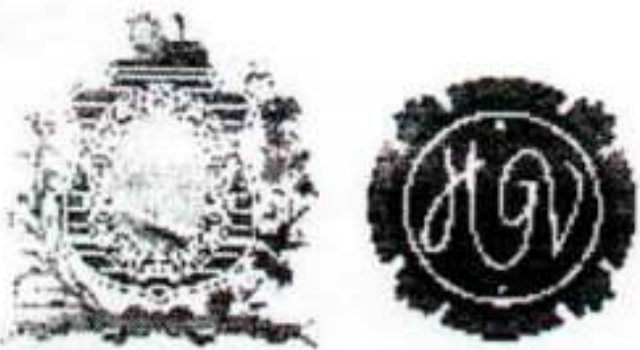
ESQ-2020

Diagnostico Pré operatório: FRATURA FECHADA DE RADIO DISTAL DIREITO
Procedimento: redução incruenta + aposição de 03 fios k 1,5mm

Descrição operatória:

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Assepsia + antisepsia;
- 3) Aposição de campos operatórios estéreis; *Esquerda*
- 4) Observado edema e deformidade em punho *direito*;
- 5) Realizado redução incruenta + aposição de 03 fios K 1,5 cruzados
- 6) Confirmado redução sob radioscopia
- 7) Curativo estéril;
- 8) Aposição de tala axilopalmar em *MSD*;
- 9) Boa perfusão distal ao final do procedimento.

Emmanuel Costa
Dr. Emmanuel Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 27967



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE N° Atendimento: 820602 N° AIH: _____

Nome: ALEXSANDRA GOMES DA SILVA Prontuário: 1141935
 Data Nasc.: 17/09/1998 Idade: 21 Sexo: FEMININO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG: 10066270 CNS:
 Endereço: RUA TAQUARAL Nº: 9
 Bairro: ZUMBI DO PACHECO Cidade: JABOATAO DOS GUARARAPES Estado: PE
 CEP: 54230575 Fone: 91537135 Profissão:
 Nome da Mãe: VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO
 Nome do Conjuge:
 Nome:
 Parentesco: RG: Fone: 91537135

2 - INTERNAR PARA

Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Prestador: 1
 Unidade de Internação: Leito: SR 77

Diagnóstico Inicial
 (Constante do Laudo Médico): _____ CID: _____

Procedimento Solicitado: _____ CÓD.: _____

Procedimento Realizado: _____ CÓD.: _____

COD	EQUIPE	NOME DO PROFISSIONAL	MATRICULA
1.	Cirurgião		
2.	1º Auxilio Cirúrgico		
3.	2º Auxilio Cirúrgico		
4.	3º Auxilio Cirúrgico		
5.	Demais Auxilio Cirúrgico		
6.	Anestesista		
7.	Clínico		
8.	Neonatologista		

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
 DIÁRIA DE UTI USO DE OXIGÊNIO
 DIÁRIA DE ACOMPANHANTE NUTRIÇÃO PARENTERAL
 USO DE ÓRTESE E PRÓTESE

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO REALIZADO: _____ CID: _____ CARIMBO/REVISOR/FATURAMENTO: _____

RESUMO DO CASO (LETRA LEGÍVEL)

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

MOTIVO DA ALTA

DATA DA INTERNAÇÃO: _____ DATA DA ALTA: ____/____/____ DIAS DE INTERNAÇÃO: _____

OBSERVAÇÃO: Enviar ao Faturamento com todos os dados devidamente preenchidos no prazo máximo de 48 horas após a alta do paciente.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 019ª CIRCUNSCRIÇÃO - PRAZERES - DP19ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **22E0109007437**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/09/2022** às **12:34**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **21/1/2020** às **07:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA BR 101, 1** - Bairro: **PRAZERES - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: **54000000** - Ponto de Referência: **PROXIMO A COCA-COLA**

Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALEXSANDRA GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

ALEXSANDRA GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **VERA LUCIA MARIA DA CONCEICAO** Pai: **SEBASTIAO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **17/9/1998** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10066270/SDS/PE (RG), 71016365438 (CPF)** Profissão: **ESTAGIARIO(A)** Telefones Celulares: **- 993592009**

Endereço Residencial: **RUA MUCIO CATAO, 501 - CEP: 55000-000 - Bairro: COHAB - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

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

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Seguro/Apolice: **INDEFINIDO**

Complemento / Observação

RELATA A VITIMA QUE NA MANHÃ DO DIA 21/01/2020 SOFREU UM ACIDENTE DO TIPO ATROPELAMENTO

ONDE VEIO A SER ATROPELADA POR UM MOTOCICLISTA QUE TRANSITAVA NO ACOSTAMENTO. RELATA QUE O MOTOCICLISTA AO LHE ATROPELAR CAIU DA MOTOCICLETA E LOGO EM SEGUIDA SE LEVANTOU E FOI EMBORA. QUE FOI ASSISTIDA POR POPULARES QUE ACIONARAM O CORPO DE BOMBEIROS QUE REALIZARAM OS PRIMEIROS SOCORROS NO LOCAL E ENCAMINHARAM A VITIMA A UPA DE LAGOA ENCANTADA SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE PASSOU POR CIRURGIA NO PUNHO ESQUERDO CONFORME DOCUMENTAÇÃO ORA APRESENTADA.

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

Alexsandra gomes da Silva

**ALEXSANDRA GOMES DA SILVA
(VITIMA)**



B.O. registrado por: **RUDNEY ANIZIO DOS SANTOS** - Matrícula: **350821-8**
(Liberado em **08/09/2022 às 12:53**)

R

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 410163654-38 4 - Nome completo da vítima: Alexandra Gomes da Silva

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

5 - Nome completo: Alexandra Gomes da Silva 6 - CPF: 410163654-38
7 - Profissão: Estagiária 8 - Endereço: 1 TV. Mucio Costas 9 - Número: 501 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Lohob. 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 51280-344
15 - E-mail: leuboldeguipe@gmail.com 16 - Tel (DDD): (81) 98671.1713

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 POUANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (304)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 5196 CONTA: 28103 3 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente 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 marido/esposa? 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 a aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 14 de Setembro de 2021.
41 - Assinatura da vítima/beneficiário/declarante: Alexandra Gomes da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): _____ 43 - Assinatura do Procurador (se houver): _____