

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ROBERTO PEDRO DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00047

CONTA: 000000060663-2

Nr. da Autenticação 3CB7E4FFA09D0E91

Cartão
FORTBRASIL
É CRÉDITO. É SIMPLES. É PRA VOCÊ.



DATA DE POSTAGEM
24/06/2019



CTC RECIFE PE PL1
ROBERTO PEDRO DA SILVA
RUA RIO BRANCO DO SUL 375
IBURA
51230-030 RECIFE PE

Fatura Mensal
Cartão FORTBRASIL

Vencimento em
28/06/2019

SEXTA-FEIRA

CIF_240619_001

EXCELSIOR SEGUROS
10 JUL. 2019
SEGURO DPVAT



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ROBERTO PEDRO SILVA	Nº DO REGISTRO: 1084080
CLINICO: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	Nº DO LEITO: 23-2

OPERADOR: DR TARCISIO LYRA

1º ASSISTENTE: DR ULYSSES BARBOSA / DR RICARDO VILLAR	2º ASSISTENTE: DR ARTUR SOARES / DR GEOVANE JUNIOR
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA SUZANA
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO	DURAÇÃO:

DATA DA OPERAÇÃO: 16/04/19	INÍCIO:	FIM:
----------------------------	---------	------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO

OPERAÇÃO PROPOSTA: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA OSSOS DA PERNA ESQUERDA + ENXERTO OSSEO DE ILIACO
--

OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO DE MIE
3. ESVAZIAMENTO + GARROTEAMENTO DE MIE
4. ASSEPSIA + ANTISSEPISIA
5. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
6. INCISÃO MEDIAL PARA ACESSO AO FOCO DE FRATURA
7. VISUALIZADO PERDA OSSEA POSTERIOR IMPORTANTE E CUNHA MEDIAL INTEGRAL
8. REALIZADO REDUÇÃO DA FRATURA COM AUXILIO DE PINÇAS DE REDUÇÃO
9. APOSIÇÃO DE PLACA DCP 4,5 MODELADA EM FACE MEDIAL DA TIBIA ESQUERDA + 6 PARAFUSOS CORTICAIS + 1 PARAFUSO ESPONJOSO
10. RETIRADO ENXERTO ÓSSEO DE ILÍACO E APLICADO NO FOCO DA FRATURA
11. VISUALIZADO BOA REDUÇÃO A RADIOSCOPIA
12. LIMPEZA COM SF0,9% + SUTURA POR PLANOS
13. RETIRADA DE GARROTE E VISUALIZAÇÃO DE BOA PERFUSÃO
14. A SR

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMÉDICA	1 PLACA DCP 4,5 12 FUROS 6 PARAFUSOS CORTICAIS 1 PARAFUSO ESPONJOSO

Artur Soares
CRM 26910
Médico

18/04/19 Fisioterapia Motora 030205001-9

Paciente em 2º PO. Realizada fisioterapia ativa
misturada em tornozelo e dedos do MTE + fisioterapia
ativa em articulações livres do MTE + orientações +
exercícios. At: Hiranara Mendes.

19/04/19 Fisioterapia
Motora 030205001-9

Paciente no 3º PO, após orientações recebidas
sobre posicionamento e movimento de articulação
livre de MTE.

Julia Rodrigues
Fisioterapeuta
CREFITO 134825-F

Ana Carolina R. Barros
Fisioterapeuta
CREFITO 26.478



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS SES/PE



RELATÓRIO DA OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE: ROBERTO PEDRO DA SILVA		REGISTRO Nº 1084080
CLINICO: ORTOPEDISTA		Nº DO LEITO: SR / EMERG ADULTO
OPERADOR: DR MARCELO		
1º ASSISTENTE: DR LIS COELHO	2º ASSISTENTE:	
INSTRUMENTADOR:	ANESTESISTA: DRA BÁRBARA	
ANESTESISTA: RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO	DURAÇÃO:	
DATA DA OPERAÇÃO: 08/04/2019	INÍCIO:	FIM:
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA ESQUERDA		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA: LEVAGEM DE FRATURA EXPOSTA +FIXADOR EXTERNO EM FRATURA DE DIÁFISE DE TÍBIA ESQUERDA		
OPERAÇÃO REALIZADA: A MESMA		

DESCRIÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA
2. ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
3. COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO DE FRATURA EXPOSTA EM REGIÃO ANTERIOR DA TÍBIA
5. RETIRADA DE FRAGMENTO EM CUNHA SEM POSSIBILIDADE DE FIXAÇÃO
6. LAVAGEM ABUNDANTE COM SF0,9% DE FRATURA EXPOSTA
7. REDUÇÃO DA FRATURA
8. POSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO EM TÍBIA DIREITA – 2 PINOS DE SCHANZ PROXIMAIS E 2 PINOS DISTAIS
9. SUTURA DE INCISÃO
10. CURATIVO
11. A SR

EMPRESA:	MATERIAL USADO:
ORTOMEDICA	4 PINOS DE SCHANZ 4 TUBOS 8 CONECTORES (4 TUBO-TUBO E 4 PINO-TUBO)

Lis Coelho Fortes
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 27890



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Hospital Otávio de Freitas

Nome: ROBERTO PEDRO DA SILVA
Sexo: MASCULINO
Mãe: MARIA JOSE DA SILVA
Endereço: RUA RIO BRANCO DO SUL, N.º 375 - : BAIRRO: IBURA - CIDADE: RECIFE - UF: PE

Idade: 32 Anos 8 Meses 6 Dias
CNS: 705005034946551
Contatos: 81. 87440497 | Celular: 81.

Nasc. 02/08/1986

Dados do Atendimento:

Data/Hora Atend.: 08/04/2019 15:00
Prontuário: 1084080
Nº. Atendimento: 3319102
Serviço: CIRURGIA

Enfermaria/Leito:

Médico:
CARLOS ALEXANDRE GONCALVES

Admissão

Queixa Principal

TRAUMATISMO NA PERNA ESQUERDA APOS ATROPELAMENTO HA 1 HORA

História Clínica

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU COM HISTORIA DE ATROPELAMENTO HA 1 HORA. APRESENTA DOR E INCAPACIDADE FUNCIONAL NA PERNA ESQUERDA

Exame Físico

FERIMENTO PUNTIFORME SANGRANTE NA TRANSIÇÃO DO 1/3 MEDIO COM O 1/3 DISTAL PERNA ESQUERDA. PALPAÇÃO DOLOROSA NO LOCAL.

Observações

FRATURA EXPOSTA OSSOS PERNA ESQUERDA?

Conduta

SOLICITO RX.

CARLOS ALEXANDRE GONCALVES - CRM: Nº.13339

CARLOS ALEXANDRE GONCALVES
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PE 13339
SBOT - 9491

PROTESE

REVISADO
23/04/19

HOSPITAL OTAVIO DE SOUZA

Resumo da Classificação de Risco - Prontuário: MANT HESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 08/04/2013 15:06

Nome Paciente:	003	JO PEDRO DA SILVA
Cad. Paciente:	004	00
Data de Nascimento:	02/10	1983
Sexo:	1	Masculino
Idade:	29	
Estado:	1	BAHIA
Convênio:	1	AMBULATÓRIO
Assinatura:		
Nome:	004	00

Período: 08/04/2013 15:06 - 08/04/2013 15:06

MARIA DE FATIMA SOARES G. IERRA - COREN: 49820 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: LARANJEIRA - MÍNIMA URGENTE

Cor: LARANJEIRA

Queixa Principal: ADOLESCENTE COM PRIMEIRA GRAVIDEZ INTENSA

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EMBOLÓMICOS

D. iminador(es): ADOLESCENTE

Especialidade: OBSTETRÍCIA GINECOLOGIA

Sinais Vitais Litos: - PRESSÃO DE SANGUE
- FREQUÊNCIA CARDÍACA 130 LPM

Acolhido(a) por: MARIA DE FATIMA SOARES G. IERRA - COREN: 49820 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data e hora: 08/04/2013 15:06



SES

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

End.: Rua Aprígio Guimarães S/N Tejipió – Recife – PE PABX 31828500

RESUMO DE ALTA

Nome: ROBERTO PEDRO DA SILVA

Reg: 1084080

Enf: 23

Leito: 02

DATA DE ENTRADA: 08/04/19

DATA DE SAÍDA: 19/04/19

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

FRATURA EXPOSTA OSSOS DA PERNA ESQUERDA

DIAGNÓSTICO FINAL:

O MESMO

EVOLUÇÃO/EXAMES (EM ENFERMARIA):

PACIENTE SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE OSSOS DA PERNA DIREITA COM PLACA DCP 4,5 EM TIBIA
PACIENTE EVOLUI BEM, SEM INTERCORRÊNCIAS E RECEBE ALTA SOB ORIENTAÇÃO DE PRECEPTORIA

DEVERÁ COMPARECER AO AMBULATÓRIO DE: TRAUMA
PARA CONTROLE EM: 30 DIAS

Artur Soares
CRM 26910
Médico

MÉDICO RESPONSÁVEL - CRM

SES/FUSAM

HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTENCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTENCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o segurado ROBERTO PEDRO DA SILVA portador da Carteira Profissional nº _____ Série _____ necessita de 15 (QUINZE) dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

Diagnóstico:

Médico – CRM-PE

Artur Soares
CRM 26910
Médico

Recife, 19/04/19

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 86 DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO Nº 60.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO PARA JUSTIFICATIVA DE 01 A 15 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.938.138 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/01/2019

NOME << ROBERTO PEDRO DA SILVA >>

FILIAÇÃO << EDIMILSON PEDRO DA SILVA >>
<< MARIA JOSÉ DA SILVA >>

NATURALIDADE PALMARES - PE DATA DE NASCIMENTO 02/08/1986

DOC. ORIGEM << 075283 01 55 1987 1 00010 224 >>
0010821 88 JOAQUIM NABUCO PE >>

CNPJ 088.417.694-08

PABLO A. TENORIO DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
ASSINATURA DO DETRAN DO RJ

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 F-84 80.251 - 3022

219223682301142113.8480638

EXCELSIOR SEGUROS

10 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

EC-2

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Ministério da Saúde - Brasília, DF

EXCELSIOR SEGUROS
10 JUL. 2019
SEGURO DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0232703/19

Vítima: ROBERTO PEDRO DA SILVA

CPF: 088.417.694-08

Seguradora: ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

Data do acidente: 08/04/2019

Titular do CPF: ROBERTO PEDRO DA
SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

ROBERTO PEDRO DA SILVA : 088.417.694-08

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 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.

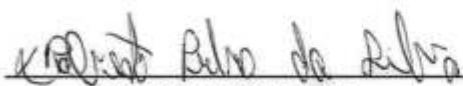
Documentação recebida sem conferência.

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.

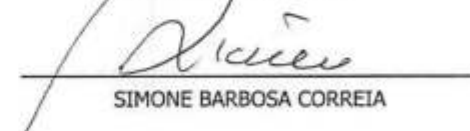
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 10/07/2019
Nome: ROBERTO PEDRO DA SILVA
CPF: 088.417.694-08


ROBERTO PEDRO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/07/2019
Nome: SIMONE BARBOSA CORREIA
CPF: 026.826.254-36


SIMONE BARBOSA CORREIA

EXCELSIOR SEGUROS

10 JUL. 2019

SEGURO DPVAT

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190420681 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REALIZADAS DUAS ABORDAGENS: FIXADOR EXTERNO; PLACA, PARAFUSOS E ENXERTIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.5(BAM) P.4,2(CIRURGIA) P.7(ALTA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190420681 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ROBERTO PEDRO DA SILVA **Data do acidente:** 08/04/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 12/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DIAFISÁRIA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REALIZADAS DUAS ABORDAGENS: FIXADOR EXTERNO; PLACA, PARAFUSOS E ENXERTIA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: P.5(BAM) P.4,2(CIRURGIA) P.7(ALTA)

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190420681

Vítima: ROBERTO PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ROBERTO PEDRO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 24 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190420681

Vítima: ROBERTO PEDRO DA SILVA

Data do Acidente: 08/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ROBERTO PEDRO DA SILVA

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: **ROBERTO PEDRO DA SILVA**

Valor: **R\$ 2.362,50**

Banco: **104**

Agência: **0000047**

Conta: **0000060663-2**

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

008.417.694-08

Nome completo da vítima:

Roberto Pedro 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:

Roberto Pedro da Silva

6 - CPF:

008.417.694-08

7 - Profissão:

Autônomo

8 - Endereço:

R. Rio Branco do Sul

9 - Número:

375

10 - Complemento:

11 - Bairro:

IBura

12 - Cidade:

Recife

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

51230-070

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(51) 98547-0236

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0047

CONTA: 00060663

2

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

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 (val nascit)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/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:

Recife 10.07.19

Roberto Pedro da Silva

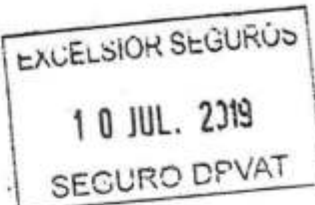
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



EXCELSIOR SEGUROS
10 JUL. 2019
SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 006ª CIRCUNSCRIÇÃO - CORDEIRO - DP6ªCIRC
DIM/2ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0096003827**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **17/06/2019** às **08:40**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **8/4/2019** às **14:00**

Fato ocorrido no endereço: **RUA PINTOR AGENOR DE ALBUQUERQUE CESAR, 01** - Bairro: **IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **APOS TERMINAL VILA DO SESI - EM FRENTE COMPESA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

CONDUTOR DE VEICULO NAO IDENTIFICADO (AUTOR \ AGENTE)
ROBERTO PEDRO DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

OUTROS TIPO DE OBJETO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
ROBERTO PEDRO DA SILVA

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

ROBERTO PEDRO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE DA SILVA** Pai: **EDIMILSON PEDRO DA SILVA** Data de Nascimento: **2/8/1986** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **RUA RIO BRANCO DO SUL, 375 - CEP: 55000-000 - Bairro: IBURA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

CONDUTOR DE VEICULO NAO IDENTIFICADO (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

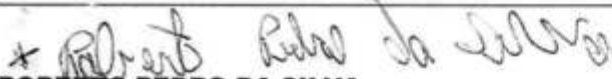
Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

VEICULO NAO IDENTIFICADO (OUTROS TIPO DE OBJETO) de propriedade do(a) Sr(a): **CONDUTOR DE VEICULO NAO IDENTIFICADO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBERTO PEDRO DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADO, QUANDO AO TENTAR ATRAVESSAR A RUA FOI ATROPELADO POR VEICULO NAO IDENTIFICADO, QUE SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO. SOCORRIDO PELO SAMU (OCORRENCIA S-612572, SENDO DIRECIONADO AO HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS (PRONTUÁRIO 10844080 - ATENDIMENTO 3319102).

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


ROBERTO PEDRO DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ALVARO DO REGO VALENÇA JUNIOR** - Matrícula: **272728-5**

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF:

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

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

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

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0047 CONTA: 000606632 AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/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, Recife 10.07.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	083.05.2019
DATA	30.05.2019

Atendendo ao requerimento do paciente Sr.**ROBERTO PEDRO DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **7938138** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **088.417.694-08**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-612572**, que no dia 08 de abril de 2019, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de atropelamento, por volta das 14h15, na Rua Pintor Agenor de Albuquerque César, após Terminal de Ônibus Vila do Sesi, em frente da Compesa, no bairro Ibura de Baixo, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Geral Otávio de Freitas.

Recife, 30 de maio de 2019.


 **Carlos Eduardo Macedo**
Gerente Operacional
Administrativo Financeiro
SAMU Metropolitano Recife
Mat. 92548-9

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

SAMU METROPOLITANO DO RECIFE

Avenida Manoel Borba, 951 Boa Vista Recife – PE

CEP – 50.060.140 Fone: 3355-7450

