

Data do Atendimento: 10/11/2017 Hora: 20:38:04

No. Atendimento: 1091496

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 416644

Sector / Serviço: CONSULTÓRIO MÉDICO

Colaborador: ADRIANAFC

Nome: SANDRA GOMES DA SILVA

Data de Nascimento: 20/12/1971

Idade: 45 Anos, 10 Meses e 21 Dias

C.I.:

País ou responsáveis: MARIA DA PAZ GOMES SILVA

Endereço: RUA NOVA JALES, 105 - CAJUEIRO/ - 52221260

Cidade: RECIFE

Tel.:

Hora do Atendimento: 20,40 Hs

Peso: Kg

Temperatura: °

QPD / HDA: *relato de acidente com queda de um objeto sobre a cabeça.*

EXAME FÍSICO: *exame físico normal em ambos os olhos.*

DIAGNÓSTICO: *lesão no olho*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: *rx de BATEIA AP +
ambino / BATEIA / olho (5) AP 1P
tratando a lesão.
fita axial para fixar.*

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: *rx controlada.
fotografia da lesão
diagnóstico da lesão
prescrição da lesão*

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro: *alta para casa*

Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19647

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora registrada da senha: 10/11/2017 20:27

	Nome Paciente:	SANDRA GOMES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	20/12/1971
	Sexo:	Feminino
	Idade:	45
	Senha:	OR0079
	Convênio:	
Atendimento:	SAME:	

: 10/11/2017 20:31 - 10/11/2017 20:34

GLEYDE MARQUES DA SILVA - : 332312 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **URGENCIA**

Cor: AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE TRAZIDA PELOS AMU RECIFE COM HISTORIA DE QUEDA DA MOTO
APRESENTA ESCORIAÇÕES, DOR EM MSD E

Observação: NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma: ACIDENTE DE TRANSPORTE

Discriminador(es): - DOR MODERADA

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Acolhido(a) por: GLEYDE MARQUES DA SILVA - : 332312 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 10/11/2017 20:34

Data do Atendimento: 18/11/2017 Hora: 16:12:48

No. Atendimento: 1094673

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

PRONTUÁRIO: 416644

Setor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Colaborador: DEBORAMCS

Nome: SANDRA GOMES DA SILVA

Sexo: M

Data de Nascimento: 20/12/1971

Idade: 45 Anos, 10 Meses e 29 Dias

C.I.: 4914648

País ou responsáveis: MARIA DA PAZ GOMES SILVA

Endereço: RUA NOVO JARDIM, 22 - SAN MARTIN/ - 50760735

Cidade: RECIFE

Tel.: 81 984511805

Hora do Atendimento: / Hs

Peso: Kg

Temperatura: °

QPD / HDA:

Queda de mobilizador
com fratura em C7. com fratura redonda
no osso e fratura de Chipman. Ver
no serviço de radiologia para
exatidão da lesão em p/b

EXAME FÍSICO:

limpo em sero

DIAGNÓSTICO:

fratura de C7
fratura de C7

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO

Fratura de C7
fratura de C7

EVOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA:

Fratura de C7
fratura de C7

Destino do Paciente: () Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento

() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

Condição de Saúde do Paciente: () Melhorado () Inalterado () Piorado

Dr. Marivier Mendes de Oliveira
Ortopedia - Traumatologia
CRM 10587

Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 18/11/2017 16:09

	Nome Paciente:	SANDRA GOMES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	20/12/1971
	Sexo:	Feminino
	Idade:	45
	Senha:	CG0106
	Convênio:	-
Atendimento:	SAME:	

: 18/11/2017 16:10 - 18/11/2017 16:11

MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - : 466090 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: RELATO DE DOR EM MID APÓS TRAUMA HÁ 8 DIAS.

Observação: ALERGIAS BENZETACIL.
DM -
HAS -

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - DOR LEVE

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 130.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 90.00 MM/HG

Acolhido(a) por: MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - : 466090 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/11/2017 16:11

ata do Atendimento: 22/11/2017 Hora: 11:47:56 PRONTUÁRIO: 416544
Atendimento: 1096410 ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA Colaborador: ANDREACVS
tor / Serviço: CONSULTORIO MEDICO

Nome: SANDRA GOMES DA SILVA Sexo: M
Data de Nascimento: 20/12/1971 Idade: 45 Anos, 11 Meses e 2 Dias C.I.: 4914648
Pais ou responsáveis: MARIA DA PAZ GOMES SILVA /
Endereço: RUA NOVO JARDIM, 22 - SAN MARTIN/ - 50750735
Cidade: RECIFE Tel.: 81 984511806
Hora do Atendimento: / Hs Peso: Kg Temperatura: °

PD / HDA: *Exame físico de rotina de S. PDD. Faltam
do de exames.*

EXAME FÍSICO: *Com uma de tórax, abd. normal, insul. tórax
adn.*

DIAGNÓSTICO: *Exame de PDD*

CONDUTA NA EMERGÊNCIA / PRESCRIÇÃO: *Tratar imobilização
de 4º, 5º PDD - homem*

VOLUÇÃO NA EMERGÊNCIA: *Quanto a evolução que não mudou
homem.*

Destino do Paciente: ☒ Alta para casa () Encaminhamento ao Ambulatório () Internamento
() Transferência para outra Unidade () Óbito () Outro:

Condição de Saúde do Paciente: ☒ Melhorado () Inalterado () Piorado

Médico - Carimbo e Assinatura

UPA24H - UNID PRONTO ATEND CAXANGA

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

UPA CAXANGA - (SUS BH)

Data e hora retirada da senha: 22/11/2017 11:37

	Nome Paciente:	SANDRA GOMES DA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	20/12/1971
	Sexo:	Feminino
	Idade:	45
	Senha:	OR0035
	Convênio:	-
	Atendimento:	SAME:

: 22/11/2017 11:41 - 22/11/2017 11:45

MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - : 466090 - : ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: **NÃO URGENTE**

Cor:  VERDE

Queixa Principal: PCT RETORNA A UNIDADE COM DOR EM MID APÓS TRAUMA

Observação: HAS -
DM -
ALERGIA: BENZETACIL

Fluxograma sintoma: TRAUMA LEVE

Discriminador(es): - CONTUSÕES E ESCORIAÇÕES

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos: - P.A. SISTOLICA: 110.00 MM/HG
- P.A. DISTOLICA: 70.00 MM/HG
- TEMPERATURA(C): 36.00 C°

Acolhido(a) por: MARCIA ELAINE RAIMUNDO WANDERLEY - : 466090 - : ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 22/11/2017 11:45

SAMONA GOMES

MaxSulid 400 1 Cx.

Famar 01 Comprimido de 12/12 horas.

10/11/17

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19647

RECEITUÁRIO/REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome: Sandro Freire Registro: _____
Clínica: Lo E Procedência: _____

AMBUCLATÓRIO

de ombro/
cotovelo


04/12/17

Data: / /

Médico-CRM

Sandra Gomes

Atendimento
Ortopedia
luxação do
cotovelo

HGV
HOK

10/11/17

Dr. Marcelo Correia
Traumato-Ortopedia
CRM: 19547

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

E 13



Sandra G. da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 4.914.648 DATA DE EMISSÃO 08/07/2017

<< SANDRA GOMES DA SILVA >>

<< >>

<< MARIA DA PAZ GOMES SILVA >>

RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 20/12/1971

DELEGADO << CN.33.489 L.30.A F.92V CART.SANTO ANTONIO, RECIFE-PE 13.07.2000 >>

CPF 987.879.774-00

Pablo A. Tenório de Carvalho
PABLO A. TENÓRIO DE CARVALHO
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
GERENTE DO RTB
ASSINATURA DO DIRETOR

59157.116 DE 29/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ALCIONE GOMES DA SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

5.633.938

28/06/2011

<< ALCIONE GOMES DA SILVA >>

<< ARNOBIO BATISTA DA SILVA >>

<< VALERIA DA CONCEIÇÃO MACIEL GOMES >>

NATURALIDADE

PECIFE - PE

DATA DE NASCIMENTO

18/10/1979

0030290 72 OLINDA-PE

028.466.664-58

ASSINATURA DO DETENTOR

LEIA 7118 DE 2008

F-44 49.673 - 4431

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012564240790

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO 71656079896

1 1075915120 *****

JOSE PAULO DA SILVA
RUA MANOEL DE ALBUQUERQUE FERNAN
DES 137 AFOGADOS
RECIFE-PE 50850-120

255.095.864-00 PDN5761

STAR MOTOS CONCORDIA

***** LXKXCBLOXD0519591

EAS /CICLOMOTOR

GASOLINA

I/SHINERAY XY50Q PHOENIX

2012 2013

2P/49CL PARTIC

VERMELHA

20160006

SEM RESERVA

RECIFE-PE 19/01/16

Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077596 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019
Valoração do IML: 0
Perícia médica: Não
Diagnóstico: TRAUMA COM LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO.
FRATURA DO 5º PODODATILO DIREITO
Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.
Sequelas permanentes:
Sequelas: Sem sequela
Conduta mantida:
Quantificação das sequelas:
Documentos complementares:
Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190077596 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SANDRA GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 10/11/2017 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA COM LUXAÇÃO DO OMBRO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077596

Vítima: SANDRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SANDRA GOMES 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, 04 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190077596

Vítima: SANDRA GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 10/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ALCIONE GOMES DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), SANDRA GOMES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

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: 987.879.774-00 Nome completo da vítima: SANGRA LOMES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: SANGRA LOMES DA SILVA CPF: 987.879.774-00
Profissão: COMBIANTE Endereço: RUA GILSON FILHO Número: 22 Complemento: _____
Bairro: SAN MARTIN Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50.760-735
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.8488.7131

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

RENDAS MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ 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: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0325 5 CONTA: 56422 2
(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 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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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: Quinta, 13 de Novembro de 2014
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Sandro G. da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) 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.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E2141000047**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **05/01/2018** às **18:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/11/2017** no período da **Noite**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE SAN MARTIN (BAIRRO), 1, RUA COMENDADOR FRANCO FERREIRA** - Bairro: **SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
JOSE PAULO DA SILVA (OUTRO)
SANDRA GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRA GOMES DA SILVA**



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

SANDRA GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA DA PAZ GOMES SILVA
Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **20/12/1971** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA NOVO JARDIM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE SAN MARTIN (BAIRRO), 22 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

JOSE PAULO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: HELENA MARIA DA SILVA Pai: **NÃO DECLARADO** Data de Nascimento: **19/7/1956** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **RUA NOVO JARDIM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **BAIRRO DE SAN MARTIN (BAIRRO), 22 - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

SHINERAY (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSE PAULO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **SANDRA GOMES DA SILVA**

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

Placa: **PDN5761 (PERNAMBUCO/RECIFE)**

Complemento / Observação

COMPARECERAM A ESTA DELEGACIA O SENHOR JOSE PAULO, BEM COMO A SENHORA SANDRA GOMES, OS QUAIS RELATAM QUE SEGUIAM EM UMA SHINERAY NA RUA DO FATO, SENDO O SENHOR JOSE PAULO O CONDUTOR, QUANDO UMA PESSOA DESCONHECIDA, DIRIGINDO UM VEICULO VERMELHO, PLACA, MARCA E MODELO NÃO IDENTIFICADOS, SABENDO APENAS QUE ERA DE COR VERMELHA., SEGUIA NO SENTIDO CONTRÁRIO, QUANDO INVADIU A FAIXA ONDE TRAFEGAVA O SENHOR JOSE PAULO, ADENTRANDO NA CONTRA MÃO. PARA EVITAR A COLISÃO, O SENHOR JOSE PAULO AFIRMA QUE TEVE QUE FAZER UMA MANOBRA, QUE TEVE COMO CONSEQUENCIA A QUEDA DA SENHORA SANDRA GOMES, QUE SOFREU DIVERSAS LESÕES, TENDO SIDO SOCORRIDA PELO SAMU. O MOTORISTA INFRATOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO.

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

Sandra G. da Silva
SANDRA GOMES DA SILVA
(VITIMA)

JOSE PAULO DA SILVA
(OUTRO)

B.O. registrado por: *Hilton Prado Torres* **HILTON PRADO TORRES** - Matrícula: **273703-5**
MAT: 379495-9



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: 987.879.774-00 Nome completo da vítima: SANARA LOMES DA SILVA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012
Nome completo: SANARA LOMES DA SILVA CPF: 987.879.774-00
Profissão: COMBIANTE Endereço: RUA GILSON FILHO Número: 22 Complemento: _____
Bairro: SAN MARTIN Cidade: RECIFE Estado: PE CEP: 50.760-735
E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9.8488.7131

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

RENTA MENSAL:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

☐ 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: BRASIL

AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0325 5 CONTA: 56422 2
(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 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

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

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

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não
Vivos: _____ Falecidos: _____

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: Quinta, 13 de Novembro de 2014
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Gandoro G. da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura: _____

(*) 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.



Recife, 29 de Janeiro de 2018



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 135.01.2018
EM 29.01.2018

Atendendo ao requerimento da Sra. **ALCIONE GOMES DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **5633938** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **028.466.664-58**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-403668**, que no dia 10 de novembro de 2017, por volta das 20h11, a paciente Sra. **SANDRA GOMES DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **4914648** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **987.879.774-00**, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima envolvida em acidente de trânsito com moto, na Rua Comendador Franco Ferreira, em frente ao Regimento Dias Cardoso, San Martins, Recife/PE e, sendo socorrida para a UPA Caxangá Recife, 29 de janeiro de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife

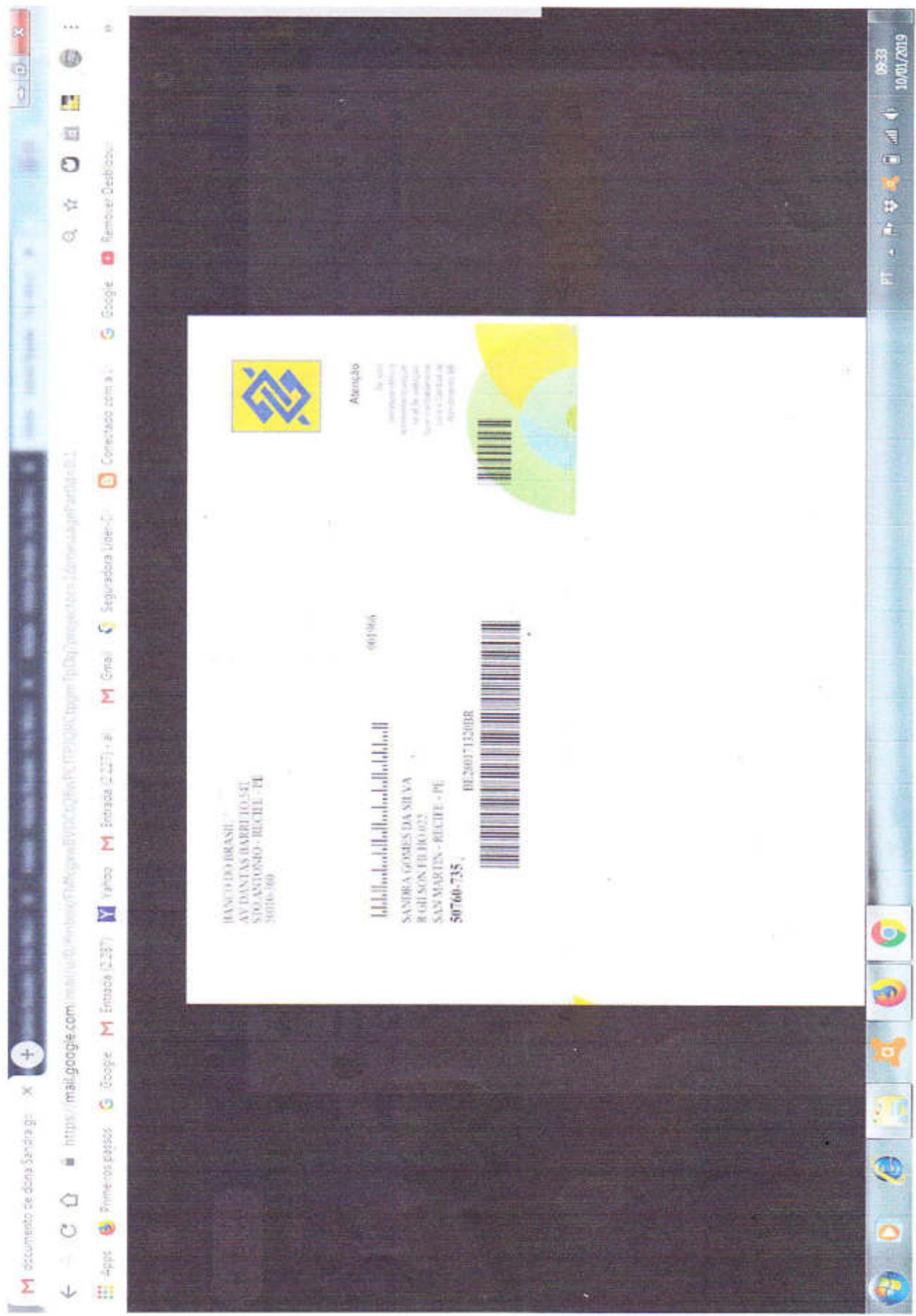
Sergio Parente Costa

Dr. Sérgio Parente Costa

Gerente de Informação e Avaliação

SAMU Metropolitano do Recife







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

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ 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**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² 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 ALLIONE GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF/CNPJ 028.466.664 / 58, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SANDRA GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.879.774 / 00, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima SANDRA GOMES DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 987.879.774 / 00, conforme determinação da Circular Susep 445/12;

☐ Declaro Profissão: RECUSA-ME Renda: RECUSA-ME e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso 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	<u>AV. AROF. ALBAMENOM MALALHÃES</u>		Número	<u>473</u>	Complemento
Bairro	<u>VILA ROPULAR</u>	Cidade	<u>OLINDA</u>	Estado	<u>PE</u>
Email			Telefone comercial(DDD)	<u>(81) 9.8488-7131</u>	
			Telefone celular (DDD)	<u>53.230-010</u>	

OLINDA, 11 de Setembro de 2018
Local e Data

Allione Gomes da Silva
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE PAULO DA SILVA,
RG nº 1.600.492 data de expedição 22/07/2015
Órgão JDG/PE, portador do CPF nº 255.095.864-00
domicílio na cidade de RECIFE, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA GOAS NOVAS, BAIRRO: SAN MARTIN, nº 22,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima SANDRA LUIZES DA SILVA, cujo o condutor era
JOSE PAULO DA SILVA

Veículo: MOTO
Modelo: SHINERAY
Ano: 2012
Placa: PDN5761
Chassi: LXVXCBL0X70519591
Data do Acidente: 10/11/2017
Local e Data: RECIFE, 11 DE DEZEMBRO DE 2018



JOSE PAULO DA SILVA
Assinatura do Declarante

JOSE PAULO DA SILVA
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

CARTÓRIO DE AFOGADOS - 1º DISTRITO JUDICIÁRIO DO RECIFE - PE
Registo Civil das Pessoas Naturais Casamentos e Testes - Rua São Miguel, 116 - Fone: 3428-1357
www.cartorioafogados.com.br

Reconheço por AUTENTICIDADE a firma de
JOSE PAULO DA SILVA
que confere c/ o padrão reg. nesta serventia - Dou fé.
Recife, 5 de janeiro de 2018 15:15:55
Em testemunho da verdade,
Edilson Silva Braga (Escritor Autorizado)
Emol.: R\$ 3,39 TNSR: R\$ 1,40 Total: R\$ 4,79
Selo: 0077503.KFP12201701.04827

Cartório de Afogados - Reg. Civil, Casamentos e Testes
Desde 1888
R. São Miguel, 116
Afogados
F.: 3428-1357
de Recife - Recife - PE

Consulte o endereço eletrônico: www.fgwp.com.br/afogados

