



HOSPITAL MUNICIPAL  
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



Toritama, 15 de Abril de 2019.

## Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 086/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

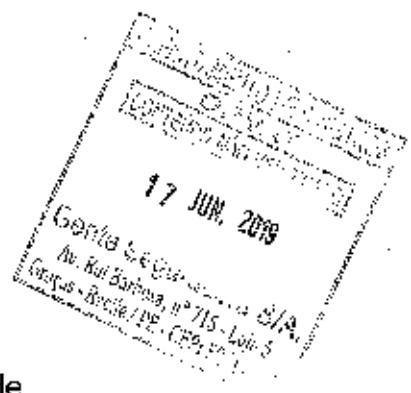
Para: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 000,000 no dia 05/02/2019, foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

**Mateus Tavares**  
Portaria 387 - SMS  
Materne - Centro de Saúde  
Coordenador de Unidade de Saúde



PRONTUÁRIO  
DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Registro:	Horas:	Nome do Paciente:		Sexo:	Data de Entrada:	
Idade:	RG:	Orgão Emissor:		CPF:	Estado Civil:	
Data de Nascimento:		Naturalidade:		Número:	Complemento:	
Endereço:		Bairro:		UF:	CEP:	
Cidade:		Profissão:		Nome do Pai:		
SUS:		Nome da Mae:		Telefone:		
Nome do Responsável:		Nome:		7100-8265		

Dados da Classificação (Enfermeiro) Horário:					
PA:	<input checked="" type="checkbox"/>	PULSO:	FR:	HGT:	PESO:
SpO <sub>2</sub> ambiente:			SpO <sub>2</sub> com O <sub>2</sub>	L/min:	T (°C):
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VÉRDE <input type="radio"/> AZUL					

Enfermeiro(a)  
Assinatura/carimbo

PA = 120x80  
PC = 74

HDA:  
Sintomas: tosse e  
gárgaras e  
Cítricos 15

Hipertensão: ( ) sim ( ) não // Diabetes: ( ) sim ( ) não // APP:

EXAME GERAL:

NEUROLÓGICO:

ACV:

AR:

ABDOMÉ:

MEMBROS:

Diagnóstico Provisório:

Alergias: ( ) sim:

Conduta:

IRA (Regional do Acre)  
GAR: 9623546

13/04/2013

CLÍNICO GERAL

# HOSPITAL MUNICIPAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

**FICHA DE  
ENCAMINHAMENTO**

2º X/A - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Marcelo Bento* S. de

REGISTRO N°:

IDADE: 479 RESIDENTE: *Presidente*

PARA O HOSPITAL: Regional do Agreste (Mitarpe)

SENHA: 5613546

**ESCLARECE SE O MESMO E PORTADO DE**

Pacientes y tipos de traumatismos  
automovilisticos.  
Relacion de intensidad en tibia  
y peroné (E).

Glory goes.  
God is with me now  
P.M. 3:20 + 60 min 115

1977 700 094

pic - 74 Feb 19

100% = 200% + 2 +

AP NW +, 21, RA

AR = 0.1, 0.2, 0.3

357 1923

## 48. Politrassur

sp. *ex caminibus* *gore*  
*ad integrum & constante*

#### DE ACORDO COM O MÉDICO

## LOCAL

TORITAMA

DATA 05/04/13

**ASSINATURA DO MÉDICO:**

**OAS:** - Em caso de paciente menor de Idade, anotar a filiação  
**NOME DO PAI:**

NAME DU PAI.

**NOME DA MÃE:**

Av. João Manoel da Silva • Centro – Toritama – Pernambuco •  
Telefone: 3741-1192 • E-mail – [admhospitaltoritama@gmail.com](mailto:admhospitaltoritama@gmail.com)

Telefone: 3741-1192 • E-mail: [admin@hospitalcontambar.com.br](mailto:admin@hospitalcontambar.com.br)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste DR. WALDEMIRO FERREIRA

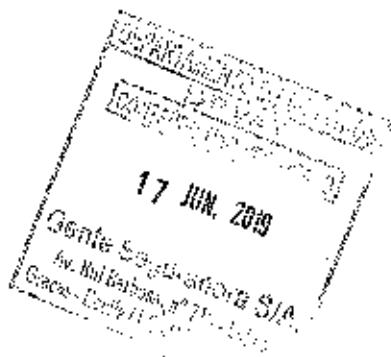
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA – SAME

### DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o paciente , **Maria das Dores dos Santos** , com **Registro Hospitalar: 333242** esteve interno nesta **Unidade de saúde** no dia ,**05/02/2019 a 08/02/2019** . OBS: Vítima de **Acidente de Trânsito.**

Caruaru 28 de março 2019

109.794.975/0269-27  
FUSAM - Hospital Regional do Agreste  
BR 232, KM 130  
Indianópolis CEP 55000-000  
Caruaru - PE



Avenida José Rodrigues de Jesus - Br. 232- Km 130 S/N- Bairro Indianópolis Caruaru - PE- CEP

55.024.000

CNPJ- 10.572.048/0014-42 - Fone: 0xx81-3719 9346 / 3719.9400 (SAME)

**SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES**

## EVOLUÇÃO CLÍNICA

### Unidade de Saúde:

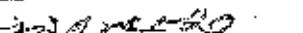
HOSPITAL REGIONAL DO AGreste

Name of Patient:

Glossary

190104

Leito №:

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
07/09/19	15h45	<p><u>EVOLUÇÃO</u></p> <p><u>11/09/19</u></p> <p><u>11/09/19 Clav/CCW (C), PM, TUR</u></p> <p>Paciente feminina de 30 anos, de casado, com antecedentes, no momento, truva de feto (C) e corte (C).    Pedi 4 procedimentos curativos: extração de 37, 38, 39, 30 e 31. O 37 foi extraído com dificuldade, devido ao tecido de ligação entre o dente e o dente 38.</p> <p>BS: Pedi extração de 37 e 38 e corte curvo proximal.</p> <p>Exame visual: </p>

Aug 10/09

YouTube

Private Sector ~~and~~

512-1000000

or Alvaro Valdés

Re: PLATE NUMBER

3G - 51

## Introduction

to you

1988-2003  
Giacay, 1988

Dr. Leonard W. James  
International Health  
CRM: 23458

0205067/19



PREFEITURA MUNICIPAL DE FREI MIGUELINO  
SECRETARIA DE SAÚDE

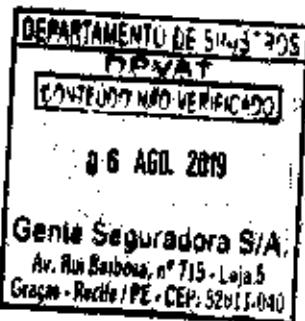
VERBULHARDO O PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DA REPÚBLICA

## RECEITUÁRIO

Maria das Dores dos Santos

Anônima

Quis me para os devidos fins  
que a paciente Maria das Dores dos  
Santos Anônima RG: 6092 406  
foi vítima de acidente automobilístico  
em Foz do Iguaçu em 19 de outubro de  
varios ferimentos evoluindo com  
aquele motivo em numero  
inferior exame que imprime a  
dormir bem. CID 10: S82.0



Frei Miguelino, 30 de Julho de 2019

Dra. Thais Rosa Ferreira  
Medicina  
CRM: 26209



NOME: Naomy dos Dores da Santa Igreja

### LAUDO MÉDICO

O paciente supracitado foi vítima de trauma, tendo apresentado o diagnóstico de multiple contusão tráns 1597 Onus 818 CID-10 S 82 1, foi 3-922 submetido à tratamento cirúrgico nesta unidade hospitalar no dia

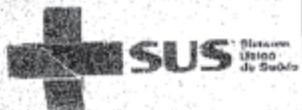
12/01/19. Atualmente se encontra em acompanhamento ambulatorial.

Posto operário profissionalizado  
URS a grato. UNE no jardim. UNE  
Condado. Osteomíctis tráns 295  
AP" jato profissional. VJ 88 12  
SD 600 horas mês 05  
Bezerros, 111

31/12/18 11/01/19  
26/01/19

João Marilton V. Costa  
 Traumato-Ortopedia  
 CRM-PE 5880





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - Nome do Estabelecimento Solicitante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	2 - CNES 2344254
3 - Nome do Estabelecimento Executante HOSPITAL JESUS PEQUENINO	4 - CNES 2344254

Identificação do Paciente

5 - Nome do Paciente MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA	6 - Número do Prontuário 123744			
7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS) 701205044086410	8 - Data Nascimento 10/09/1971	9 - Sexo FEMININO <input checked="" type="checkbox"/>	10 - Raça/Cor	11.1- Etnia
11 - Nome da Mãe MARIA EMILIA DA SILVA	12 - Telefone de Contato 81.89248680			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
15 - Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro) SITIO LAGOA DO MILHO, () - ZONA RURAL				
16 - Município de residência FREI MIGUELINHO	17 - Cod. IBGE município 2605806	18 - UF PE	19 - CEP	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais sinais e sintomas clínicos

Paciente vítima de acidente com  
dor M16

21 - Condições que justificam a internação

AC + EB



Original Bezerros P  
Hospital Jesus Pequeno  
CRESS/PE N° 4.471

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultados de exames realizados)

Festas placas liga + festas vias liga  
px placa tibial ( )

24 - CID 10 Principais

582

25 - CID 10 Sec.

26 - CID 10 Causas associadas

0408060542

040805055-0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Código do procedimento

040802037-4 / 040801086

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

Internamento

29 - Clínica

Ortopedia

30 - Caráter de Internação

31 - Documento  
( ) CNS ( ) CPF

889.112.989-320

32 - Nr. Doc. (CNS/CPF) do Profissional solicitante

889.112.989-320

33 - Nome do Profissional Sólicitante

Cintia Valéria

34 - Data da solicitação

08/02/19

35 - Assinatura e Carimbo (nr. do registro do conselho)

Cintia Valéria

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRÂNSITO)

36 - ( ) Acidente de Trânsito

39 - CNPJ da Seguradora

40 - Nr. do Boleto Financeiro (nº Série)

37 - ( ) Acidente de Trabalho típico

42 - CNPJ da Empresa

38 - ( ) Acidente de Trabalho trajeto

Raymundo Francisco da Silva

45 - Vínculo com a Previdência

( ) Empregado ( ) Empregador ( ) Autônomo

( ) Desempregado

Médico

( ) Aposentado ( ) Não segurado

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

47 - Cód. Orgão Emissor

52 - Nr. Autorização de internação hospitalar

48 - Documento  
( ) CNS ( ) CPF

49 - N. Documento (CNS/CNPJ) Profissional Autorizador

Prefeitura Municipal de Bezerros

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (N.º do Registro do Conselho)

Secretaria de Saúde

NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL

261910545075-3

**HOSPITAL JESUS PEQUENINO**  
**FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO**

Atendimento: 532234 Data: 08/02/2019 Hora: 15:11  
 Convenio: SES - ORTOPEDIA  
 Responsável:  
 Médico: DRA. CINTIA VALERIA DA SILVA

Recepção: SIMONE VITORIA DE SANTANA  
 Matrícula: 701205044086410  
 Identidade:  
 Cartão SUS: 701205044086410

Paciente: 123744 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA  
 Nascimento: 10/09/1971 - 47 Anos e 4 Meses  
 Endereço: SITIO LAGOA DO MILHO,  
 Bairro: ZONA RURAL  
 IBGE/Cidade: 2605806 FREI MIGUELINHO  
 Pai: SATIRO FERREIRA DOS SANTOS  
 Mãe: MARIA EMILIA DA SILVA  
 Nacionalidade: BRASIL

Sexo: FEMININO Cor:  
 Est. Civil:  
 C.P.F.  
 Identidade: 6092406 SSP PE  
 UF: PE Telefone: 81.89248680  
 G.Instrução:  
 Ocupação:  
 Naturalidade: VERTENTES

Obs.: SENHA ORT. 537174

Queixa do Paciente:

*Último de acidente, com dor em  
 m16. Frat. de úmero E*

H.D.A.

*Conferido Com Drogaria  
 Original Bezerros PE  
 Hospital Jesus Pequenino  
 Ana Amâncio  
 Assistente social  
 CRESS/PE N° 4.471*

Exame Físico: *B60*

H.D.:

*Fratura placa e tibial E  
 Fratura úmero E*

Tratamento:

*Procedimento cirúrgico*

*DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 23 AGO 2019  
 Gente Seguradora SIA  
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5  
 Gracás - Recife PE CEP: 52011-040*

*Cintia Valéria  
 Médica  
 CRM-PE 28881*

Assinatura e Carimbo do Médico

Bezerros, 08 de fevereiro de 2019



## EVOLUÇÃO MEDICA

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

08/02/2019—PACIENTE ENCAMINHADO DO HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU. INTERNADO PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO E FRATURA PROXIMAL DE UMERO ESQUERDO . ESTADO GERAL SATISFATORIO. CONSCIENTE. AFEBRIL. SOLICITADO EXAMES PRE-OPERATORIO.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

09/02/2019 - VISTO EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANOMALIDADES. APTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

10/02/2019 - VISTO EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANOMALIDADES. APTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

11/02/2019 - VISTO EXAMES PRE-OPERATORIO. SEM ANOMALIDADES. APTO AO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

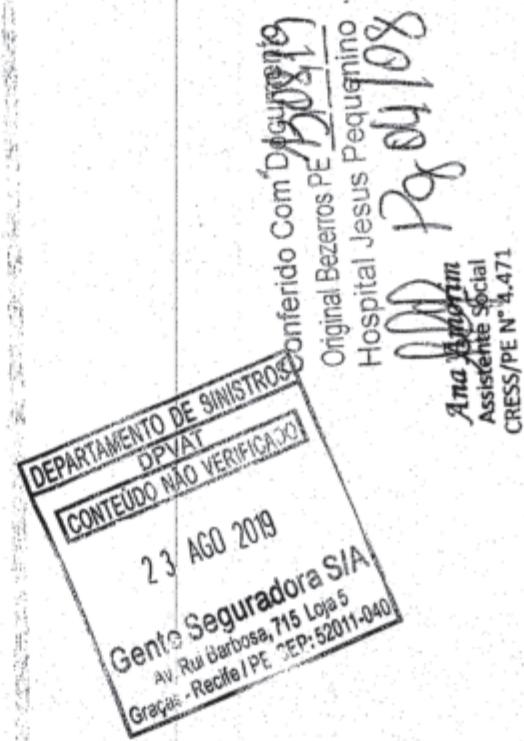
12/02/2019 - ATO CIRÚRGICO TRANSCORREU SEM ANORMALIDADES. MEDICADO E ENCAMINHADO À ENFERMARIA.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980

13/02/2019 - PACIENTE NO 1º DIA POS-OPERATORIO COM BOA EVOLUÇÃO, AFEBRIL, LÚCIDO. RETIRADO O DRENO E TROCADO OS CURATIVOS.

14/02/2019 - PACIENTE NO 2º DIA POS-OPERATORIO COM BOA EVOLUÇÃO, AFEBRIL, LÚCIDO. RETIRADO O DRENO E TROCADO OS CURATIVOS. FISIOTERAPIA E MEDICADO PARA CASA.ALTA HOSPITALAR.

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 5980



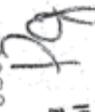
## RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA	NÚMERO DO REGISTRO
CLINICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA	
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXOBRAQUIAL	DR. ROBERTO TAVARES
DATA DA OPERAÇÃO 12/02/2019	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA EM ÚMERO PROXIMAL A ESQUERDA	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO	
OPERAÇÃO PROPOST TRATAMENTO COM FIXAÇÃO	
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA	
DESCRÍÇÃO DO ATO OPERATÓRIO	
CAMPO CIRÚRGICO COM POLVIDINE. INCISAO E FIXAÇÃO COM 02 FIOS DE KIRSHNNE INTRAOSSSEOS. LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E TALA GESSADA	



  
 João Marilton  
 Ortopedista  
 CRM:5980

  
 Conferido Com Original Bezenios  
 Hospital Jesus Pequenino  
 Pg 05/08

  
 Amil  
 Ass. Farmacêutica Social  
 CRESS/PE N. 4.471

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA CLINICA ORTOPÉDICA		NÚMERO DO REGISTRO
CIRURGIÃO JOÃO MARILTON VIEIRA COSTA		
ANESTESIA BLOQUEIO EM PLEXOBRACIAL		DR. ROBERTO TAVARES
DATA DA OPERAÇÃO 12/02/2019		
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO + OSTEOTOMIA + NEUROLISE		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O MESMO		
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO + OSTEOTOMIA + + NEUROLISE		
OPERAÇÃO REALIZADA A MESMA		
<b>DESCRICAÇÃO DO ATO OPERATÓRIO</b>		
CAMPO CIRURGICO COM POLVIDINE.  REALIZAMOS MANIPULAÇÃO NA FRATURA E FIXAÇÃO COM 01 PLACA EM T 2.5 COM 02 PARAFISOS ESPONJOSOS DEN. 60 E 65 E 04 PARAFUSOS DE CORTICAL 4.5 + NEUROLISE + OSTEOTOMIA LAVAGEM DE FERIDA OPERATÓRIA CURATIVO E APARELHO GESSADO AXIOPALMAR		

João Marilton  
Ortopedista  
CRM 6980

Conferido Com Dr. Bezerrin  
Original Bezerros PE 108  
Hospital Jesus Pequeno 108  
Assistente Social 108  
Ana Amorim  
Assistente Social  
CRESS/PE N° 4.471

Anestesia: Rx. Infusão + Valv.  
Nome: Maria dos Prazeres dos Santos Nº do Registro \_\_\_\_\_  
Clínica: Esperança Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
Operador: W. M. L. B. M. Assist.: \_\_\_\_\_ Anestes.

Diag. Preop.: \_\_\_\_\_ Diag. Posop.: \_\_\_\_\_  
Op. Proposta: \_\_\_\_\_ Op. Realizada: Interv. Lige  
Premeditação: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Resultado: (MO 1-2-3) \_\_\_\_\_ (AO 1-2-3) \_\_\_\_\_ Risco 1 - 2 - 3 - 4 \_\_\_\_\_

**PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO**

Intensos cycle  
Altado: (MO 1-2-3) Risco 1 - 2 - 3 - 4  
(AO 1-2-3) de ~~gaffer~~ de ~~baix~~  
+ partitura de ~~mixer~~

**ANOTAÇÕES:**

1.  $T_b = 8,1$  ~~08,0~~  
2.  $SpO_2$  ~~95~~ pequeno  
3.  $G = 88$  M-70

4.  $Tc = 6,15$  Conferido com Doutor

5.  $Pc = 8k$  Original Bezençó

6. **PONTA** Assistente Social

7. **PUNTE** Ano Atividade

8. **04/08/2011** GRESSYPE N° 4471

João Maillony Cos  
Traumato - Ortopedico  
CRM - 5983

Latency - Espaço - Excesso Secreto - Depressão Respiratória - Hipoxia

### *Hemorragia Arritmia*

JESUS PEQUENINO

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Maria das dores dos Santos arruda Registro N°. 123744

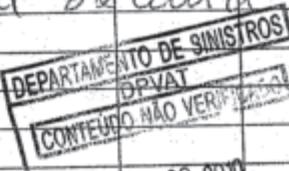
Apt. Enfermaria: Data: 12/02/2019

Cirurgia: Trat. Frat Plaatal Tibial E + Frat de tempo. Cirurgião: Dr. Joao mariano

Anestesia: Rágue + Venosa Anestesista: Dr. Roberto

Início: Término:

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Nalorfin			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	01 Amp			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil	01 Amp		
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemicetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	01 Amp			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepam				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil	5 ml	01 Amp		Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	50ml	01 lund	
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/á			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/á			
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/á			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemaccel				Xylocaina Spray			
Inoval				Elétricador	01		
Keflin		01 grama		desperma	01		
Ketalar				Diamox 09	01		
Lasix				Mausoltran	02		
Methergin				Soro fisiológico 100ml	01 lund		
Marcaína Pesada	01 Amp			Isoprofol	04		
Marcaína s/a							
Marcaína c/a							



23 AGO 2019

Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Branco, 716 Litorânea  
Recife PE CEP 50110-040

05/08/2019  
01/09/2019  
02/09/2019  
100ml 01 lund  
04 Amp



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

6092406

DATA DE EXPEDIÇÃO 14.04.1998

HOME MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

MILITARIAÇÃO Satiro Ferreira dos Santos

Maria Emilia da Silva

NATURALIDADE Vertentes-PE

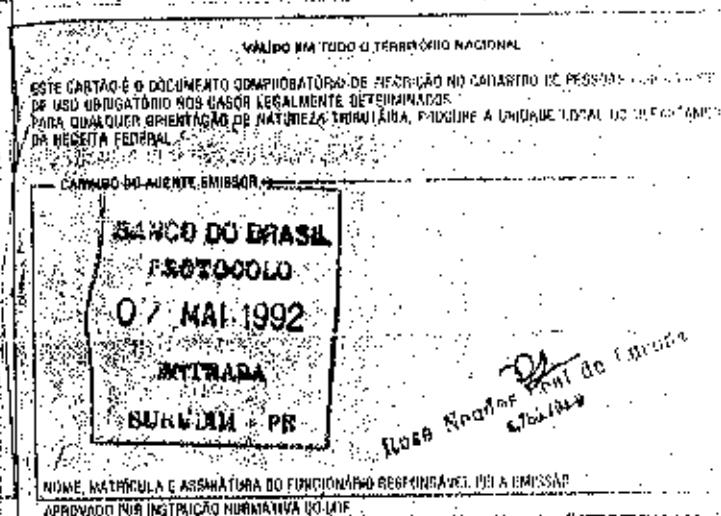
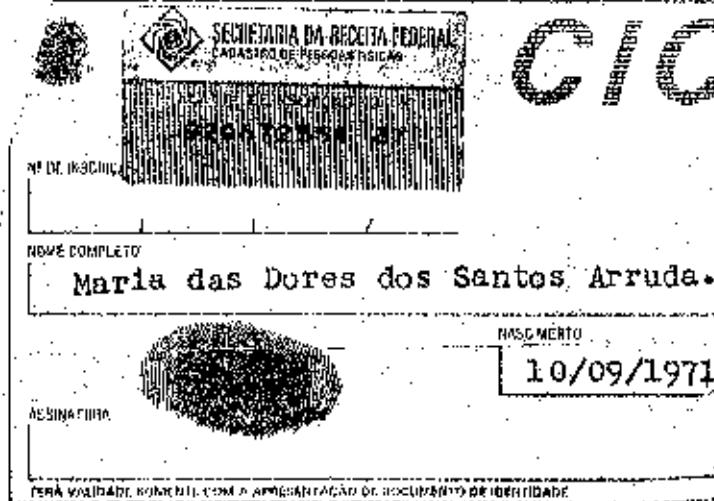
DATA DE NACIMENTO 10.09.1971

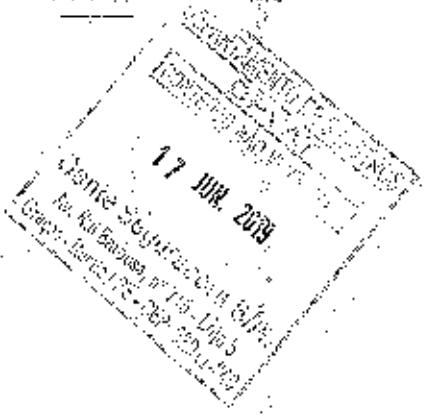
DOC. PRINCIPAL C.C. 510.L.B-01.F.154v.Cort. de Vertentes-PE

ASSINATURA DE MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

ASSINATURA DE MARCOS CARMÉLO S. GARRAÇO

LEIA 1477.116/UF 29/04/93





**FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**

DEPARTAMENTO

DETAN - PE - N.º 71-48262-23  
CERTIFICO O REGISTRO DE LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PERÍODO: 01/01/2013 A 31/12/2013

VEÍCULO: PLACA: 31-2123  
COR: PRETO

TIPO: F-1000  
CATEGORIA: P

DATA DE VENCIMENTO: 23/05/2014

REGISTRO

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**

DATA: 13/09/2013

DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS

DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS

DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS

DEPARTAMENTO: DEPARTAMENTO DE VEHÍCULOS

SEGURADO: PESSOAS CAUSADAS A VÍVEIS  
ACIDENTES DE VEÍCULOS  
TRANSPORTE DE PESSOAS

PE N.º 01-4-28262-23 - SILENTE DE SEGURO DPVAT

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

WWW.SEGURADORALEADER.COM.BR  
SAC DPVAT 0800 022 1209

DEPARTAMENTO  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
17/09/2013

17/09/2013  
Gente Seguradora S/A  
Av. Rio Branco, 716, sala 5  
Graciosa, Recife/PE CEP: 52111-040

FREI MIGUELINHO - PE, 15 AGOSTO 2019.

À LIDER

CONVÉNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO nº 3190384003

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S<sup>a</sup>, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 05/02/2019, FRATUREI MEU OMBRO EQUERDO E MINHA TIBIA ESQUERDA, fui submetida a cirurgia, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS GRAVES. E mesmo diante de tudo isso liberaram para mim um valor muito inferior ao que tenho direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S<sup>a</sup>, que meu processo seja REANALISADO, para que seja marcada uma nova perícia ou para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que eu ainda estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

Maria das Dores dos Santos Arruda  
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190384003      **Cidade:** Vertentes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 05/02/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
ARRUDA

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA

**Descrição do exame físico:** APRESENTA INCISÃO JA CICATRIZADA EM REGIÃO ANTEROLATERAL DA Perna ESQUERDA, COM BLOQUEIO  
ARTICULAR DO JOELHO EM POSTURA DE EXTENSÃO DA Perna  
APRESENTA PERDA DISCRETA DE MOBILIDADE ARTICULAR EM OMBRO COM PREJUÍZO NA ROTAÇÃO INTERNA DO OMBRO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** APRESENTA PERDA DE MOBILIDADE ARTICULAR DO JOELHO ESQUERDO  
LIMITAÇÃO MODERADA DE MOBILIDADE DO OMBRO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 12/08/2019

**Conduta mantida:**

**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 ombros	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
<b>Total</b>			<b>21,25 %</b>	<b>R\$ 2.868,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190384003      **Cidade:** Vertentes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 05/02/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
ARRUDA

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

**Data da análise:** 30/08/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO  
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.6,7)- OSTEOSÍNTESE - OMBRO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO E JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DA PERÍCIA MÉDICA DEBILIDADE FUNCIONAL LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA, VÍTIMA INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 12/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.CONDUTA MANTIDA.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
			<b>Total</b>	<b>0 %</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190384003      **Cidade:** Vertentes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 05/02/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
ARRUDA

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

**Data da análise:** 08/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO(ANEXO P.5)  
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @(1)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190384003      **Cidade:** Vertentes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 05/02/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
ARRUDA

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

**Data da análise:** 30/08/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO  
FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO(P.6,7)- OSTEOSÍNTESE - OMBRO ESQUERDO E JOELHO ESQUERDO ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO E JOELHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:** Sim

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE DA PERÍCIA MÉDICA DEBILIDADE FUNCIONAL LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU INTENSO DO JOELHO ESQUERDO E LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO OMBRO ESQUERDO

**Documentos complementares:**

**Observações:** REANÁLISE CONCLUÍDA, VÍTIMA INDENIZADA NESTE SINISTRO APÓS PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL EM 12/08/2019, EVIDENCIAMOS QUE SEQUELA JÁ FOI INDENIZADA CONFORME TABELA PREVISTA EM LEI VIGENTE.CONDUTA MANTIDA.

**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
			Total	0 %
				R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190384003      **Cidade:** Vertentes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA      **Data do acidente:** 05/02/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

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

**Data da análise:** 22/07/2019

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO  
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Não definido

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAZILIZOU ESTABELECER A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO COM DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO REALIZADO OU EM CURSO;
- LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190384003      **Cidade:** Vertentes      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS      **Data do acidente:** 05/02/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A  
ARRUDA

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

**Data da análise:** 08/08/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA PROXIMAL DO ÚMERO ESQUERDO(ANEXO P.5)  
FRATURA DO PLATÔ TIBIAL ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** NÃO DEFINIDO

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** @(1)SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

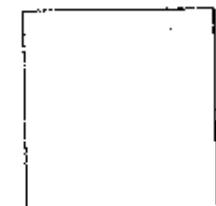
# PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**, portadora do RG 6.092.406 SSP/PE e CPF 920.672.554-87, brasileira, analfabeta, agricultora, domiciliada e residente no Sítio Lagoa do Meio, 1100, Chã do Carmo, Frei Miguelinho-PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a **Sr<sup>a</sup> ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileira, alfabetizada, auxiliar administrativo, portadora do RG 4.810.389 SSP/PE e CPF 945.234.444-04, domiciliada e residente na Rua João Batista, 370, Centro, Surubim-PE. Por sua representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**, portador do CPF 920.672.554-87, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **05/02/2019**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante(s) junto a quaisquer **repartições pública ou bancária**, passar recibos, receber, desistir, fazer acordo, assinar e requerer qualquer documento que lhe apresentado que se relacione com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

FREI MIGUELINHO-PE, 23 de ABRIL de 2019.

OUTORGANTE: à rogo 2º Ofício Patrícia Nivaldo da Silva  
Impressão digital

RG nº 111.29586-4  
CPF nº 085.858.104-32

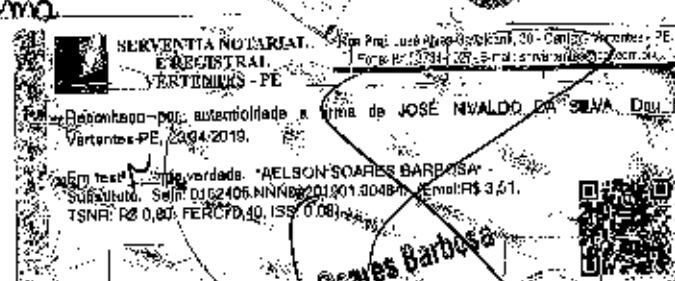


TESTEMUNHAS: Patrícia Nivaldo da Silva

RG nº 8.467.432  
CPF nº 093.005.244-40

2º Ofício

RG nº 3.407.820  
CPF nº 091.753.064-23



## PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**, portadora do RG 6.092.406 SSP/PE e CPF 920.672.554-87, brasileira, analfabeta, agricultora, domiciliada e residente no Sítio Lagoa do Meio, 1100, Chã do Carmo, Frei Miguelinho-PE. Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a **Sra ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**, brasileira, alfabetizada, auxiliar administrativo, portadora do RG 4.810.389 SSP/PE e CPF 945.234.444-04, domiciliada e residente na Rua João Batista, 370, Centro, Surubim-PE. Por sua representante legal, a quem confere amplos e ilimitados poderes e com o fim especial para representar a(o) outorgante junto a quaisquer **SEGURADORA** do consórcio de seguro obrigatório e danos pessoais do ramo **DPVAT**, tratando de todos os seus interesses e direitos com relação ao recebimento da indenização deixada pela **INVALIDEZ** sofrida pela vítima **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**, portador do CPF 920.672.554-87, o qual foi vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia **05/02/2019**, podendo o seu dito procurador **APRESENTAR, FIRMAR DOCUMENTOS, DECLARAÇÕES E ASSINAR O FORMULÁRIO DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**, receber a devida indenização, através de cheque ou dinheiro, tanto da seguradora competente, como de qualquer agência bancária do estado de Pernambuco, podendo mais representar o(s) outorgante (s) junto a quaisquer **repartições pública ou bancária**, passar receber, desistir, fazer acordo, **assinar e requerer qualquer documento que lhe apresentado que se relate com o recebimento da indenização e liquidação do sinistro**, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, com os poderes irrevogáveis.

FREI MIGUELINHO-PE, 23 de ABRIL de 2019.

OUTORGANTE: à rogo de Zael rinaldo dos sile  
Impressão digital

RG n° 11109586-1  
CPF n° 085.858.104-32

TESTIMONIAS:

INHAS: Rapala Josefa de Lima  
RG nº 8.467.432  
2º Piso: CPF nº 093.005.244-70

• x Patrício Alves de Lima

RG nº 8.407.820  
CPF nº 091.253.084-23



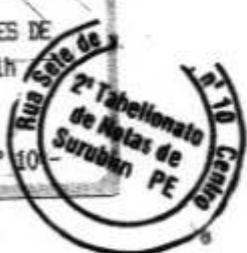
SERVENTIA NOTARIAL  
E REGISTRAL  
VERIENTES - PR.

Rua Prof. José Rossi-DaSilva, 30 - Centro - Volta Redonda - RJ  
Fone: (21) 2734-1027 - E-mail: [mvoverbae@uol.com.br](mailto:mvoverbae@uol.com.br)

Reconheço por autenticidade a firma de JOSE NIVALDO DA SILVA. Dou fé.

Em testa de verdade: "AELSON SOARES BARBOSA".  
Substituto. Selo: 0152405.NINH64201901.00484. (EmoEP3 3,51.  
TENSO DE 0,80 FERC 0,40 ISS 0,08)





# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

**Número do Sinistro:** 3190384003

**Vítima:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUD,

**CPF:** 920.672.554-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/02/2019

**Titular do CPF:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médica-hospitalar

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 06/08/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 06/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

**Número do Sinistro:** 3190384003

**Vítima:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUD,

**CPF:** 920.672.554-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/02/2019

**Titular do CPF:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 23/08/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 23/08/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA  
CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

**Vítima:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUD

**CPF:** 920.672.554-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/02/2019

**Titular do CPF:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04**

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

**MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA : 920.672.554-87**

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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 17/06/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES  
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 17/06/2019

Nome: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino  
CPF: 106.719.384-79

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelli Antonia dos Santos Ursulino

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0205067/19

**Número do Sinistro:** 3190384003

**Vítima:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUD

**CPF:** 920.672.554-87

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 05/02/2019

**Titular do CPF:** MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML

**ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04**

Procuração

**MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA : 920.672.554-87**

Autorização de pagamento

## 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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 17/07/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 17/07/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

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, 18 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190384003**

**Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

**Data do Acidente: 05/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

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

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, 18 de Junho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384003**

**Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

**Data do Acidente: 05/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Boletim de ocorrência incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Declaração de Inexistência de IML incompleto(a), necessário apresentar o documento completo sem rasuras ou abreviações.

Comprovação de ato declaratório incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



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 Julho de 2019

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190384003**

**Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

**Data do Acidente: 05/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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: 3190384003**

**Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

**Data do Acidente: 05/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

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, 18 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190384003**

**Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

**Data do Acidente: 05/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

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\$ 2.868,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

**Recebedor: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

**Valor: R\$ 2.868,75**

**Banco: 237**

**Agência: 000000835-4**

**Conta: 0000021618-6**

**Tipo: CONTA CORRENTE**

**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, retorno 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,



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, 30 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190384003**

**Vítima: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

**Data do Acidente: 05/02/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 30/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro no ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
920.672.554-82 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP - N° 4/15/2012			
Nome completo:		CPF:	
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA		920.672.554-82	
Prefeitura:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECIFE	SI LAGOA DO MEIO	1400	CASA
bairro:	Cidade:	Estado:	
CHÁDO CALMO	PESS. MIGUELINHO	PE	
E-mail:	(xx) 9700-1998		

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

DADOS CADASTRAIS			
RENDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> REUSCÔ 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 type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Mais de banco)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (343)	Nome do BANCO: <u>BRADESCO</u>	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101)		
AGÊNCIA: <u>0835</u>	CONTA: <u>24618</u>	AGÊNCIA: <u>0835</u>	CONTA: <u>24618</u>
(Informar o dígito se existir)		(Informar o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no conta bancária, informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e dando, desde já, é somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## INVALIDEZ PERMANENTE

### DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, sócio ou prisseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, constatando, desde já, em meu favor, à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 6.194/74, art. 48, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de concordância com a futura avaliação médica, e, mantendo o direito de contestá-la, caso discordar de seu conteúdo.

## MORTE

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

Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Nome de Parentes em cumprimento à vítima: Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tem filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiro (s) vivo(s): Vítima deixou herdeiro (s) falecido(s): Vítima deixou herdeiro (s) falecido(s): Vítima deixou herdeiro (s) vivo(s):

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, este certidão, estando cliente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verificada poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, a título de ressarcimento criminal, conforme artigo 235 do Código Penal.

Local e Data: RECIFE/PE - 12/06/15  
 Nome: JOSE NIVALDO DA SILVA  
 CPF: 085.868.104-32  
JOSE NIVALDO DA SILVA  
 Assinatura de quem assinou a RG

(\*) Assinatura de quem assinou a RG

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS  
 1º | Nome: RAFAELA JOSEFA DE LIMA  
 CPF: 093.005.344-10  
RAFAELA JOSEFA DE LIMA  
 Assinatura

2º | Nome: PAETICIA ALVES DE LIMA  
 CPF: 093.757.064-23  
PAETICIA ALVES DE LIMA  
 Assinatura

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher uma pessoa alfabetizada e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, à SFU RGQG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e casadas, comprometendo-se a dar-lhe cópia do laudo no dia útil, antes do preenchimento e assinatura.

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

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

N° do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

 920.672.554-87 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA  
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Profissão:

REC. INF

Endereço:

SI LAGOA DO MEIO

CPF:

920.672.554-87

Número:

1100

Complemento:

CASA

Bairro:

CHÁ DO CARMO

Cidade:

FREI MIGUELINHO

Estado:

PE

E-mail:

CEP:

55780-000

Tel.(DDD):

(81) 9700-39918

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

RENDA MENSAL:

 RECUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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:

BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0835

4

CONTA: 21618

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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 da 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 17 JUL 2019  
 Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 - L-  
 Recife - PE

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

 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Local e Data: FREI MIGUELINHO/PE, 12/06/19

Nome: JOSE NIVALDO DA SILVA

CPF: 085.858.104-32

José Nivaldo da Silva

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: RAFAELA JOSEFA DE LIMA

CPF: 093.005.244-70

Rafaella Josefa de Lima

Assinatura

2º | Nome: PATRICIA ALVES DE LIMA

CPF: 091.757.064-23

Patricia Alves de Lima

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (dec):

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3190384003

Nome do(a) Examinado(a): Maria das Dores dos Santos Arruda

Endereço do(a) Examinado(a): Si Lagoa do Meio, 1100

Cha do Carmo Frei Miguelinho PE CEP: 55780-000

Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SSP / PE ] 6092406

Data local do acidente: [ 05/02/2019 ]

Data local do exame: [ 12/08/2019 ] Caruaru [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE TIBIA PROXIMAL A ESQUERDA E DE CLAVÍCULA ESQUERDA**

- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

**Tratamento: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL , PLACA**

**TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA FIO DE KIRCHNER**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES DO REFERIDO ACIDENTE**

Data da Alta: 02/07/2019

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**APRESENTA INCISÃO JA CICATRIZADA EM REGIÃO ANTEROLATERAL DA Perna ESQUERDA, COM BLOQUEIO**

**ARTICULAR DO JOELHO EM POSTURA DE EXTENSÃO DA Perna**

**APRESENTA PERDA DISCRETA DE MOBILIDADE ARTICULAR EM OMBRO COM PREJUÍZO NA ROTAÇÃO INTERNA DO**

**OMBRO ESQUERDO**

- IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim  Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

Sim  Não

- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

**PERDA DE MOBILIDADE ARTICULAR EM JOELHO ESQUERDO**

**LIMITAÇÃO DE ROTAÇÃO DO OMBRO ESQUERDO**

Caso a resposta do item V seja ""Não"", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

"Vítima em tratamento"

"Sem sequela permanente"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

**JOELHO - Lado Esquerdo**

**OMBRO - Lado Esquerdo**

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

Região Corporal (Sequela):

Região Corporal (Sequela):

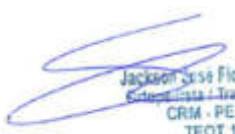
% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

% do dano:  10% residual  25% leve  
 50% médio  75% intensa  100% completo

- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

  
Jackson José Florêncio Júnior  
Estagiário / Traumatologista  
CRM - PE 1E.573  
TEOT 13921



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 131º CIRCUNSCRICAO - VERTENTES - DP131ºCIRC  
DINTER1/17ºDESEC**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0221000256**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/04/2019** às **09:34**

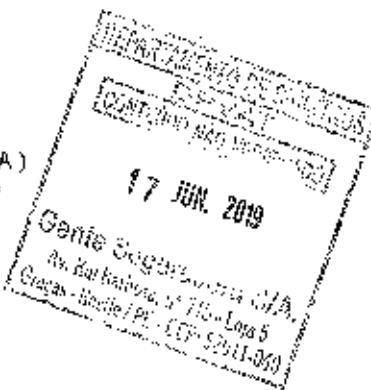
Complemento o BO Número: **19E0221000168**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **5/2/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 90, 1, SÍTIO SERRA SECA** - Bairro: **CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

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

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
JOSE NIVALDO DA SILVA ( NOTICIANTE )  
MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA ( VITIMA )  
MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA ( VITIMA )  
EDIVALDO JOÃO SANTANA ( VITIMA )  
JANICLEIDE MARIA DA SILVA ( VITIMA )  
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ( VITIMA )



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

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

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

**MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA BARBOSA DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/8/1978** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PACARÉ, N° 370, ZONA RURAL - CEP: 55300-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA MARIA DE**

**LIMA SANTANA** Pai: **SEVERINO ANDRÉ SANTANA** Data de Nascimento: **8/12/1974** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE CASINHAS, 1, SITIO VILA CHEUS, 130 - CEP: 0 - Bairros ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDIVALDO JOÃO SANTANA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZAURO DE SANTANA**  
 Pai: **JOÃO JOAQUIM DE SANTANA** Data de Nascimento: **30/9/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SITIO PINTOS, 970 - CEP: 56000-000 - Bairros CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JANICLEIDE MARIA DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA SILVA**  
 Pai: **MANOEL ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, LOTEAMENTO NOVO, EM FRENTE AO DETRAN, SURUBIM PE - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA DAS DORES DOS SANTOS** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA EMILIA DA SILVA**  
 Pai: **SATIRO FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/3/1971** Naturalidade: **VERTENTE / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SITIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE NIVALDO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA LEOPOLDINA DA SILVA** Data de Nascimento: **27/8/1976** Naturalidade: **FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **MUNICÍPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SITIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEÍCULO AUTOMOTOR (VEÍCULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MICROONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **JTG5584** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **623807078** Classe: **9BREJ005881004097**  
 Ano Fabricação/Modelo: **1995/1995**

#### Complemento / Observação

A VÍTIMA, SR MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA, COMPARCEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE NO DIA 05/02/2019, POR VOLTA DAS 00H30, CONDUZIA SEU VEÍCULO TOYOTA PAINELARTE, DE PLACA JTG 5584, TRAFEGANDO NA PE-90, SENTIDO TORITAMA-VERTENTES, QUANDO, AO PASSAR NAS PRÓXIMIDADES DO SÍTIO SERRA SECA, APÓS UMA FALHA MECÂNICA NA RODA DIANTEIRA DO LADO ESQUERDO, O MESMO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A CAPOTAR POR VÁRIAS VEZES, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM SUA PESSOA. ALÉM DO CONDUTOR, VIAJAVAM NO REFERIDO VEÍCULO AS VÍTIMAS QUALIFICADAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, TODAS SOFRERAM LESÕES, SENDO SOCORRIDAS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, LOCALIZADO NA CIDADE DE TORITAMA. O SR. JOSÉ NIVALDO NESTA DATA 23/04/2019 VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE SUA COMPANHEIRA (MARIA DAS DORES DOS SANTOS) ESTAVA NO ACIDENTE ACIMA CITADO, ONDE VIAJAVA COMO Passageira, E EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE ELA SOFREU VÁRIAS LESÕES CORPORAL GRAVES E LOGO APÓS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste NA CIDADE DE CARuaru E DE LÁ FOI TRANSFERIDA NOVAMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINHO NA CIDADE DE BEZERROS, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO.

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

**MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**  
 (VITIMA)

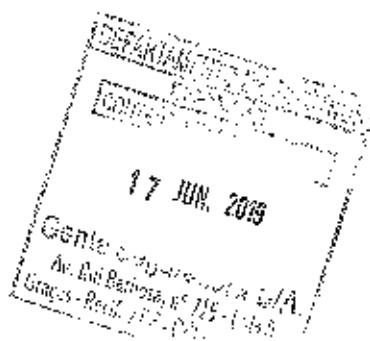


**JOSÉ NIVALDO DA SILVA  
(NOTÍCIANTE)**

**(NOTICIAANTE)**

卷之三

B.O. registrado por: **ANDERSON EOGLEY PEREIRA DA COSTA** - Matrícula: 296784-7





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
131º Círculo  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 131º CIRCUNSCRIÇÃO - VERTENTES - DP131ºCIRC  
DINTER1/17ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0221000168**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/03/2019** às **10:14**

Complementado pelo BO Número: **19E0221000256**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **5/2/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 90, 1, SÍTIO SERRA SECA** - Bairro: **CENTRO - VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA ( VITIMA )  
MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA ( VITIMA )  
EDIVALDO JOÃO SANTANA ( VITIMA )  
JANICLEIDE MARIA DA SILVA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA BARBOSA DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/6/1976** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PACARÉ, Nº 370, ZONA RURAL - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA MARIA DE LIMA SANTANA** Pai: **SEVERINO ANDRÉ SANTANA** Data de Nascimento: **8/12/1974** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CASINHAS, 1, SÍTIO VILA CHEUS, 136 - CEP: 54000-000 - Bairro: ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDIVALDO JOÃO SANTANA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZAURA DE SANTANA**  
 Pai: **JOÃO JOAQUIM DE SANTANA** Data de Nascimento: **30/9/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PINTOS, 970 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JANICLEIDE MARIA DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA SILVA**  
 Pai: **MANOEL ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
 Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, LOTEAMENTO NOVO, EM FRENTE AO DETRAN, SURUBIM-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEÍCULO AUTOMOTOR (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MICROONIBUS/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **JTG5584** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **633607878** Chassi: **9BREJ005081004097**  
 Ano Fabricação/Modelo: **1995/1995**

Complemento / Observação

**A VÍTIMA, SR MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA , COMPARECEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE NO DIA 05/02/2019, POR VOLTA DAS 08H30, CONDUZIA SEU VEÍCULO TOYOTA BANDEIRANTE, DE PLACA JTG 5584, TRAFEGANDO NA PE-90, SENTIDO TORITAMA-VERTENTES, QUANDO, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SÍTIO SERRA SECA, APÓS UMA FALHA MECÂNICA NA RODA DIANTEIRA DO LADO ESQUERDO, O MESMO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A CAPOTAR POR VÁRIAS VEZES, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM SUA PESSOA. ALÉM DO CONDUTOR, VIAJAVAM NO REFERIDO VEÍCULO AS VÍTIMAS QUALIFICADAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, TODAS SOFRERAM LESÕES, SENDO SOCORRIDAS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, LOCALIZADO NA CIDADE DE TORITAMA.**

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

**MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA  
 (VITIMA)**

B.O. registrado por: **Valeriano José Barbosa Neto** - Matrícula: **3869997**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
131º Circunlocção SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 131º CIRCUNSCRICAO - VERTENTES - DP131ºCIRC  
DINTER1/17ºDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0221000456**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **08/07/2019** às **14:18**

Complementa o BO Número: **19E0221000256**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **5/2/2019** às **08:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 90, 1, SÍTIO SERRA SECA** - Bairro: **CENTRO** -  
**VERTENTES/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO ( AUTOR / AGENTE )  
JOSE NIVALDO DA SILVA ( NOTICIANTE )  
MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA ( VITIMA )  
MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA ( VITIMA )  
EDIVALDO JOÃO SANTANA ( VITIMA )  
JANICLEIDE MARIA DA SILVA ( VITIMA )  
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA ( VITIMA )



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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

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

**MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **JOSEFA BARBOSA DA SILVA** Pai: **SEBASTIÃO JOÃO DA SILVA** Data de Nascimento: **1/6/1976** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SÍTIO PACARÉ, Nº 370, ZONA RURAL - CEP: 55600-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

DESCONHECIDO - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

**MARIA JOSÉ DE SANTANA BARBOSA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **ANTONIA MARIA DE**

**LIMA SANTANA** Pai: **SEVERINO ANDRÉ SANTANA** Data de Nascimento: **8/12/1974** Naturalidade: **SURUBIM / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CASINHAS, 1, SITIO VILA CHEUS, 136 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - CASINHAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**EDIVALDO JOÃO SANTANA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA IZAURO DE SANTANA**

Pai: **JOÃO JOAQUIM DE SANTANA** Data de Nascimento: **30/9/1984** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, SITIO PINTOS, 970 - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JANICLEIDE MARIA DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA MARIA DA SILVA**

Pai: **MANOEL ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **24/4/1981** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE SURUBIM, 1, LOTEAMENTO NOVO, EM FRENTE AO DETRAN, SURUBIM-PE - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**

**MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA EMILIA DA SILVA**

Pai: **SATIRO FERREIRA DOS SANTOS** Data de Nascimento: **10/9/1971** Naturalidade: **VERTENTES / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SITIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

**JOSE NIVALDO DA SILVA** (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RITA LEOPOLDINA DA SILVA** Data de

Nascimento: **22/8/1975** Naturalidade: **FREI MIGUELINHO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE FREI MIGUELINHO, 1100, SITIO LAGOA DO MEIO OU CHA DO CARMO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - FREI MIGUELINHO/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEÍCULO AUTOMOTOR (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**, que

estava em posse do(a) Sr(a): **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**

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

Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **JTG5584** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **633607878** Chassi: **9BREJ005081004097**  
Ano Fabricação/Modelo: **1995/1995**

#### Complemento / Observação

A VÍTIMA, SR **MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**, COMPARCEU A ESTA DELEGACIA INFORMANDO QUE NO DIA 05/02/2019, POR VOLTA DAS 08H30, CONDUZIA SEU VEÍCULO TOYOTA BANDEIRANTE, DE PLACA JTG 5584, TRAFEGANDO NA PE-90, SENTIDO TORITAMA-VERTENTES, QUANDO, AO PASSAR NAS PROXIMIDADES DO SITIO SERRA SECA, APÓS UMA FALHA MECÂNICA NA RODA DIANTEIRA DO LADO ESQUERDO, O MESMO PERDEU O CONTROLE DO REFERIDO VEÍCULO VINDO A CAPOTAR POR VÁRIAS VEZES, CAUSANDO LESÕES GRAVES EM SUA PESSOA. ALÉM DO CONDUTOR, VIAJAVAM NO REFERIDO VEÍCULO AS VÍTIMAS QUALIFICADAS NESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA, TODAS SOFRERAM LESÕES, SENDO SOCORRIDAS AO HOSPITAL NOSSA SENHORA DE FÁTIMA, LOCALIZADO NA CIDADE DE TORITAMA. O SR. JOSÉ NIVALDO NESTA DATA 23/04/2019 VEIO A ESTA D.P. INFORMAR QUE SUA COMPANHEIRA (MARIA DAS DORES DOS SANTOS) ESTAVA NO ACIDENTE ACIMA CITADO, ONDE VIAJAVA COMO PASSAGEIRA, E EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE ELA SOFREU VÁRIAS LESÕES CORPORais GRAVES E LOGO APÓS O ACIDENTE DEU ENTRADA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE TORITAMA, MAS DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste NA CIDADE DE CARUARU E DE LÁ FOI TRANSFERIDA NOVAMENTE PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINHO NA CIDADE DE BEZERROS, ONDE FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO. OBS: COMPARECEU NESTA DATA A VÍTIMA TENDO APRESENTADO SUA RG. DE NÚMERO 6092406 SSP/PE ONDE FICOU COMPROVADO QUE O SEU NOME CORRETO TRATA-SE DE MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA.

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

**MANOEL ROGERIO BARBOSA DA SILVA**



(VITIMA)

**MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**  
(VITIMA)

**JOSE NIVALDO DA SILVA**  
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **VINICIUS DE ALENCASTRO LEAL CORRÉA** - Matrícula: **272974-1**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
Nº do sinistro no ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
920.672.554-82 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TAXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP - N° 4/15/2012			
Nome completo:		CPF:	
MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA		920.672.554-82	
Prefeitura:	Endereço:	Número:	Complemento:
RECIFE	SI LAGOA DO MEIO	1400	CASA
bairro:	Cidade:	Estado:	
CHÁDO CALMO	PESS. MIGUELINHO	PE	
E-mail:	CEP:		
	55780-000		
	Tel. (DDD): (81) 9700-1998		

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

DADOS CADASTRAIS			
RENDIMENTO:			
<input checked="" type="checkbox"/> REUSCÔ 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 type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abertos. Assinale uma opção)		<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Mais de banco)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (343)	Nome do BANCO: BRADESCO	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (101)	(Inserir o dígito se existir)	
AGÊNCIA: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	AGÊNCIA: <input type="text"/> 0835	CONTA: <input type="text"/> 24618 6
(Inserir o dígito se existir)		(Inserir o dígito se existir)	

Autorizo a Seguradora Lider a creditar no conta bancária, informada, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tenho direito, reconhecendo e dando, desde já, é somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## INVALIDEZ PERMANENTE

### DECLARAÇÃO DE ABSÉNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Pelo motivo assinalado, sócio ou prisseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, constatando, desde já, em meu favor, à avaliação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme art. 6.194/74, art. 48, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de concordância com a futura avaliação médica, e, mantendo o direito de contestá-la, caso discordar de seu conteúdo.

## MORTE

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

Estado Civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

Grado 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 tem filhos, informar quantos: Vítima deixou herdeiro (s) vivo(s): Vítima deixou herdeiro (s) falecido(s): Vítima deixou herdeiro (s) falecido(s): Vítima deixou herdeiro (s) vivo(s):

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso de óbito, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem, este certidão, estando cliente, ainda, de que qualquer emissão ou declaração não verificada poderá gerar a obrigatoriedade de ressarcir o valor recebido, a título de ressarcimento criminal, conforme artigo 235 do Código Penal.

Local e Data: RECIFE (PE) - 12/06/15  
Nome: JOSE NIVALDO DA SILVA  
CPF: 085.868.104-32  
JOSE NIVALDO DA SILVA

(\*) Assinatura de quem assinou o RISCO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher uma pessoa alfabetizada e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, à SFU RGQG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e casadas, comprometendo-se a dar-lhe cópia do laudo teor no referido, antes do preenchimento e assinatura.

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

## TESTEMUNHAS

1º | Nome: RAFAELA JOSEFA DE LIMA  
CPF: 093.005.344-70

Rafaela Josefa de Lima  
Assinatura

2º | Nome: PAETICIA ALVES DE LIMA  
CPF: 093.757.064-23

Patricia Alves de Lima  
Assinatura

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

N° do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

 920.672.554-87 MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA  
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

Nome completo:

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Profissão:

REC. INF

Endereço:

SI LAGOA DO MEIO

CPF:

920.672.554-87

Número:

1100

Complemento:

CASA

Bairro:

CHÁ DO CARMO

Cidade:

FREI MIGUELINHO

Estado:

PE

E-mail:

CEP:

55780-000

Tel.(DDD):

(81) 9700-39918

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

RENDA MENSAL:

 RECUSO INFORMAR

 ATÉ R\$1.000,00

 SEM RENDA

 R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

 ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO 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:

BRADESCO

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 0835

4

CONTA: 21618

6

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

**Autorizo** a Seguradora Lider 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 da 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 38, §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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
 DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
 17 JUL 2019  
 Gente Seguradora S/A  
 Av. Rui Barbosa, 715 - L-  
 Recife - PE

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

 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Local e Data: FREI MIGUELINHO/PE, 12/06/19

Nome: JOSE NIVALDO DA SILVA

CPF: 085.858.104-32

José Nivaldo da Silva

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: RAFAELA JOSEFA DE LIMA

CPF: 093.005.244-70

Rafaela Josefa de Lima

Assinatura

2º | Nome: PATRICIA ALVES DE LIMA

CPF: 091.757.064-23

Patricia Alves de Lima

Assinatura

Assinatura da vítima/beneficiário (dec):

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador

Juver

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU RODO, 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.



HOSPITAL MUNICIPAL  
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA



Toritama, 15 de Abril de 2019.

## Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima Declaração de Atendimento Hospitalar

DECLARAÇÃO nº 086/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 000,000 no dia 05/02/2019, foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,

**Mateus Tavares**  
Portaria 387 - SMS  
Materne - Centro de Saúde  
Coordenador de Unidade de Saúde



HOSPITAL MUNICIPAL  
NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

FICHA DE  
ENCAMINHAMENTO

2º VIA - AO PACIENTE

Por não constituir caso para tratamento nesta unidade, estamos encaminhando o paciente:

NOME DO PACIENTE *Maria das Dores S. de*

REGISTRO N°:

IDADE: 47 a RESIDENTE: *Toritama*

PARA O HOSPITAL: *Regional do Agreste (otope)*

SENHA: 5613546

ESCLARECE SE O MESMO E PORTADO DE:

*Paciente vítima de acidente automobilístico.  
relatando dor intensa em tibia  
(E) e ombros (E).*

*Gloss com.  
Abd & dor motora*

*T1 - 320 x 50 mm Hg*

*PC - 74 R/M*

*AGV - PGR, 2+, 2+, 2+, 2+*

*AR - NW+, S1, RA*

*H&P: Politrânia*

*CP: encaminho para  
avaliação e consulta*



LOCAL:

TORITAMA

DATA *05/08/19*

ASSINATURA DO MÉDICO:

*Médico  
João Arnon de Oliveira  
CRMPE 19557*

OBS: - Em caso de paciente menor de idade, anotar a filiação

NOME DO PAI:

NOME DA MÃE:

Av. João Manoel da Silva • Centro - Toritama - Pernambuco •  
Telefone: 3741-1192 • E-mail - [admhospitaltoritama@gmail.com](mailto:admhospitaltoritama@gmail.com)

registro: 217	Hora: <u>14:00</u>	Nome do Paciente: <u>Maria das Dores S. De Andrade F</u>		Sexo: <u>F</u>	Data de Entrada: <u>05-02-2019</u>
	RG: <u>—</u>	Órgão Emissor: <u>—</u>	CPF: <u>—</u>	Estado Civil: <u>—</u>	
Data de Nascimento: <u>—</u>		Naturalidade: <u>—</u>			
Endereço: <u>St. Lages Do Rio</u>		Número: <u>—</u>	Complemento: <u>—</u>		
Cidade: <u>Triunfo</u>		Bairro: <u>ZR</u>	UF: <u>—</u>	CEP: <u>—</u>	
SUS: <u>—</u>	Profissão: <u>—</u>		Nome do Pai: <u>Elzilio P. dos S.</u>		
Nome da Mãe: <u>Maria</u>		Nome do Responsável: <u>Enilda Rejane (Solteira)</u>		Telefone: <u>7100-8265</u>	

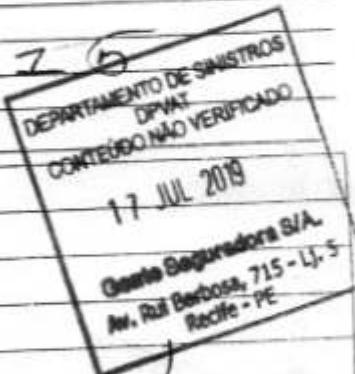
Dados da Classificação: (Enfermeiro) Horário: <u>—</u>					
PA: <input checked="" type="checkbox"/>	PULSO: <u>—</u>	FR: <u>—</u>	HGT: <u>—</u>	PESO: <u>—</u>	T (°C): <u>—</u>
SpO <sub>2</sub> ambiente: <u>—</u>		SpO <sub>2</sub> com O <sub>2</sub> <u>—</u>		L/min: <u>—</u>	
CLASSIFICAÇÃO: <input type="radio"/> VERMELHO <input type="radio"/> AMARELO <input type="radio"/> VERDE <input type="radio"/> AZUL					

Enfermeiro(a)  
Assinatura/carimbo

PA = 120x80  
PC = 74

Frontal Tibias —  
anobas —

Oitava —



HDA: —

Hipertensão:  sim  não // Diabetes:  sim  não // APP: —

EXAME GERAL: —

NEUROLÓGICO: —

ACV: —

AR: —

ABDOME: —

MEMBROS: —

Diagnóstico Provisório: —

> Alergias:  Sim: —

Conduta: —

HR A (regional do peço-  
te)

gaita: 3623546



Toritama, 15 de Abril de 2019.

**Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima**  
**Declaração de Atendimento Hospitalar**

DECLARAÇÃO nº 086/2019

Do: Hospital Municipal Nossa Senhora de Fátima

Para: **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA**

Venho através desta, informa que o (a) Senhor(a) **MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA** deu entrada nesta unidade como consta na ficha de emergência sob o registro nº 000,000 no dia 05/02/2019, foi atendido e em seguida sendo TRANSFERIDO.

Sem mais para o momento.

Atenciosamente,



**Mateus Tavares**  
Portaria 387 - SMS  
Matheus Tavares  
Coordenador de Unidade de Saúde

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 15/08/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.868,75

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

CLIENTE: MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00835-4

CONTA: 000000021618-6

---

Nr. Autenticação

BRADESCO15082019050000000002370083500000021618286875 PAGO



Companhia Energética de Pernambuco  
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-902  
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

## DADOS DO CLIENTE

MARIA DAS DORES DOS SANTOS ARRUDA

CPF: 920.672.554-67 NIS: 16377587342

## CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL  
BAIXA REINDA COM NIS

Nº DE NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
057188021	UNICA	08/04/2019
APRESENTAÇÃO	Nº DE CONSUMENTE	Nº DE INSTALAÇÃO

DATA	2018702026	1138510
------	------------	---------

## ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

SILAS GUADALUPE 1031 1100

LAGOA DO MEIO/NAZARÉ/ARARI  
FREI MIGUELINHO PE  
55790-000

NOTA FISCAL	DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PARA LEITURA
7031070125	04/2019	04/2019
	15/04/2019	08/05/2019

ITEM	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.00000000	0,19071500	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	24.00000000	0,32694200	7,84
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,99
Competição DNIC 02/19			0,69

## DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

Consumo Ativo até 30 kWh	30.00000000	0,19071500	5,72
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	24.00000000	0,32694200	7,84
Contrib. Ilum. Pública Municipal			3,99
Competição DNIC 02/19			0,69

## TOTAL DA FATURA

## DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

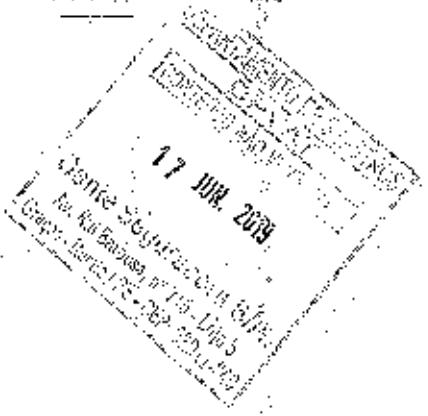
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
80455668	CAT	11/03/2019	5.436,00	08/04/2019	5.496,00	28	1,00000		54,00

## HISTÓRICO DE CONSUMO

## INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

Mês/Ano kWh	ICMS	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
ABR 19 54					geração de Energia R\$ 5,02 42,97%
MAR 19 75					Transporte R\$ 0,86 6,34%
FEV 19 55					Distribuição (Celpa) R\$ 4,02 33,88%
JAN 19 30					Perda de Energia R\$ 1,26 9,20%
DEZ 18					Energy Sist. Geração R\$ 0,58 4,28%
NOV 18					Tributos R\$ 0,02 0,17%
OCT 18					
SETE 18					

Consumo Ativo até 30 kWh  
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
 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 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

**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 SUSEP<sup>1</sup> 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 fazenda 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 acerla, capitalização e reseguro.

<sup>2</sup> Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar punições administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.513/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA M. MOURA DE A. FERNANDES, inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARIA DAS DORES DOS SANTOS AREVALO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 920.672.554 / 87, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARIA DAS DORES DOS SANTOS AREVALO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 920.672.554 / 87, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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
Rua João Batista		370	CASA
Bairro		Estado	CEP
Centro		PE	55750-000
Email		Telefone comum (DDD)	Telefone celular (DDD)
AFSEGUROS.49044@YAHOO.COM.BR		(81)9700-1998	(81)9164-3907

Santa Bárbara - 32 de JUNHO de 2019  
 Local e Data

Assinatura do Declarante

Adriana M. M. de A. Fernandes

