

## Prontuário: 331174

Clinical ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Quarta Principal / HDA:

Quarta Principal / HDA:

F. FLORENÇA DE MOURA ALVES  
DIRETOR E F. B. VILA D. APÓS QUEDA

**Exemplo Fluido:**

DE M 250

PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Тема: СВЯТОСЛАВСТВО (D)

**Dian. Provisório:**

✓ x DE TRENDZEL DREIT

Intermarium ① Hospitalia

Presenting

Diet: \_\_\_\_\_

Horatio

Gato

# ATA PROPOSICAO

[illegible]☐ Paciente    ☐ Familiar

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Crater:	1	1
---------	---	---

Assinatura

	Paciente	Familiar
1. Edad	35 años	35 años
2. Sexo	Varón	Mujer
3. Ocupación	Empleado	Empleado
4. Estado civil	Casado	Casado
5. Lugar de nacimiento	Madrid	Madrid
6. Lugar de residencia	Madrid	Madrid
7. Fecha de ingreso	15/01/2010	15/01/2010
8. Fecha de alta	22/01/2010	22/01/2010
9. Fecha de fallecimiento	22/01/2010	22/01/2010
10. Fecha de autopsia	22/01/2010	22/01/2010
11. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
12. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
13. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
14. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
15. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
16. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
17. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
18. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
19. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
20. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
21. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
22. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
23. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
24. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
25. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
26. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
27. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
28. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
29. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
30. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
31. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
32. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
33. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
34. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
35. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
36. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
37. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
38. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
39. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
40. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
41. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
42. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
43. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
44. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
45. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
46. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
47. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
48. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
49. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
50. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
51. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
52. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
53. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
54. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
55. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
56. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
57. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
58. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
59. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
60. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
61. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
62. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
63. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
64. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
65. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
66. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
67. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
68. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
69. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
70. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
71. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
72. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
73. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
74. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
75. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
76. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
77. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
78. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010
79. Fecha de necropsia	22/01/2010	22/01/2010

Name: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Procedimiento:

Assinatura

**Diag. Definitivo:**

Destino do Paciente

( ) Alta	( ) Cirurgia	( ) Óbito	( ) Evadido-se	( ) Termo de Alta a Pedido
----------	--------------	-----------	----------------	----------------------------

( ) Transfêrência: \_\_\_\_\_ ( ) Internamento \_\_\_\_\_

### Condição de Alta

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Curado		Mellhorado		Inalterado		Ótimo

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_ Medico: \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_



SUS

Sistema Único de Saúde  
Ministério da SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - DCE

2427418

4 - CIES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - CARTÃO VIGILANCIA DE SAÚDE (CVS)

7 - DATA DE NASCIMENTO

Mac

Sex

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

3312

9 - EDUCAÇÃO

10 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - CDD. BOM MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

20 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

21 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVA DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

22 - DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

23 - CID 10 PRIMÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS DE MORTALIDADE

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - O BOM

28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

29 - DOCUMENTO

30 - Nº DOCUMENTO (CNDIC) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA SOLICITAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ACIDENTE TRABALHO TERÇO

36 - ACIDENTE TRABALHO TERÇO

37 - CNPJ DA SEGURADORA

38 - Nº DO BILHETE

39 - SÉRIE

40 - CNPJ/EMPRESA

41 - NOME DA EMPRESA

42 - CDD

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - EMPREGADO

45 - EMPREGADOR

46 - AUTÔNOMO

47 - DESEMPREGADO

48 - APOSENTADO

49 - NÃO SE ENQUADRA

## AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - CDD (PROFISSÃO) EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO (AUTORIZAÇÃO)

53 - DOCUMENTO

54 - Nº DOCUMENTO (CNDIC) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

56 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Atendimento: 480648

Pedido:   
121552

Data Pedido: 30/01/2019

Controle: 98337

Paciente: 331174 BRUNA LAURA DE SALES

Nascimento: 07/03/2003 (15a 10m 25d)

Leão

Unid. Intern:

Méico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Sector Solicitante: RADIOLOGIA - RX

Sexo: FEMININO

Méico Executante: RADIOLOGIA



Local: SALA DE EXAME

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações

Méico Executante	0 - Não informado		
Accession Number	*Access. N. Hex	Código Descrição	Entrega
255983		1016 RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA (AP)	30/01/201
255984		1017 RADIOGRAFIA DA PERNA DIREITA (PERFIL)	30/01/201

RECIBO  
Data: 30/01/2019  
Hora: 07:25  
TC

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SES/SUS/ PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: HCO  
Nome: Suena Jéssica  
da Silva Registro Nº: 331.174  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

8  
folha 216  
tengo 0

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
RAIO - X  
DATA 23/01/79

Recepção  
RECEPCAO

Data 24/01/79  
Dr. Cláudio Raposo  
Traumato - Ortopedia  
CRM: 2913  
Medico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício  
Elda Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 88

RECEITUÁRIO  
RX - RAIO X



Alandamento: 475259

Pedido:   
120109

Data Pedido: 09/01/2019

Controle: 97204

Paciente: 331174 BRUNA LAURA DE SALES

Nascimento: 07/03/2003 (15a 10m 4d)

Leito: Unid. Intern:

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Sector Solicitante: RADIOLOGIA - RX

Sexo: FEMININO

Sector Executante: RADIOLOGIA



Local: SALA DE EXAME

Convênio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante	0 - Não Informado		
Accession Number	*Access. N. Hex	Código Descrição	Entrega
252738	 3D842	1035 RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO (AP)	09/01/2019
252739	 3D843	1036 RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO (PERFIL)	09/01/2019

RX - REALIZADO  
DATA 09 / 01 / 19  
HORA 07:50  
TC

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco - SESISUS/PE  
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

RECEITUÁRIO

Unidade: H.M.  
Nome: Suena Jones R.  
filho Registro Nº 361194  
Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_

filho R. J. L.  
tome D

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE  
RAIO - X  
DATA 09/01/19

Data 02,01,19 Ca  
Médico - CRM 2913

O primeiro Cigarro e uma passagem para o vício  
Elicida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

Arrendamento: 473578

Pedido:



Data Pedido: 02/01/2019

Control: 16858

Paciente 331174 BRUNA LAURA DE SALES

Nascimento: 07/03/2003 (15a 9m 28d)

Leito:

Unit Intern:

Médec. Solicitante 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Serv. Solicitante RADIOLOGIA - RX

Serv. Executante RADIOLOGIA

Campus SUS - AMBULATORIO

Motivo ROTINA

Local: SALA DE EXAME

Sexo: FEMININO

Plano: PLANO UNICO

Observações:

Médec. Executante 0 - Não Informado

Accession Number	*Access. N. Hex	Código Descrição	Entrega
251826		1035 RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO (AP)	02/01/2019
251827		1036 RADIOGRAFIA DE TORNOZELO DIREITO (PERFIL)	02/01/2019

**RX - REALIZADO**

DATA 02/01/2019

HORA

TC



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Bruna Laura de Sales

Prontuário: 331174

Data: 24 / 12 / 18

Hora: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

Trd. de tornozelo direito  
1 Rx malabsorção

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Volta em 02.01.19

pl. nec. 1 / cob. de R.

TRATAMENTO REALIZADO:

Trd. com curativo

Alta Hospitalar: Data: 26 / 12 / 18

Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Cláudio Raposo  
Traumato - Ortopedia  
CRM 2813

Ass. do Médico e CRM  
Carimbo



Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

## Receituário

Prescrição de exame de Raios-X

1. Dose: 15 mm.

Prescrição de exame de Raios-X

2. Dose: 15 mm com dose +

20 mm de deformação

em M I D sem sinuário

T C E

Prescrição de 120 - 80 mm kg

Prescrição de 120 - 80 mm kg

Prescrição de 120 - 80 mm kg

25  
12  
15

Luiz C. Oliveira  
CRM -  
CPF - 070.111.445

## BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0114521

Prontuário: 00013136-9

Idade: 15 ANOS, 9 MESES E 17 DIAS

Nome: BRUNA LAYRA DE SALES

Dt. Nasc.: 07/03/2003 Sexo: F Est. Civil:

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA

CEP: 55120000

Cidade: RIACHO DAS ALMAS/PE

Bairro:

Nac:

Documento:

CNS: 896002975288222

Sisprenatal:

Tel:

Mãe: INACIA LAURA DE SALES

Pai: JOSE PEREIRA DE SALES

Profissão:

Responsável:

## Últimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
24/12/2018 17:04	0114521	ACIDENTE DE MOTO
19/04/2018 19:10	0089497	DORES NO CORPO
08/02/2016 19:59	0019965	VOMITANDO

## PRE-CONSULTA

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

Horário	P.A.	Pulso	Peso	Assinatura

## Queixas / Diagnóstico

## Tratamento:

TRANSF.

## Exames complementares

## Impressão diagnóstica

CID

## Motivo da saída:

Residência ☐ Internado ☐

## Justificativa:

## Encaminhado:

## Removido:

## Óbito:

às \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m do dia \_\_\_\_

## Data saída:

## Hora saída:

<input type="checkbox"/> CURATIVO	ADM. MEDICAMENTO:	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	
Consultas / Atendimento Médico:		MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica	<input type="checkbox"/> urgência especializada	HORÁRIO:
<input type="checkbox"/> observação básica	<input type="checkbox"/> observação especializada	
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data de impressão: Segunda-feira, 24 de Dezembro de 2018 às 17:04 Recepcionista: ELFIDE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Bruno Lucas de Siqueira

Prontuário: 331874

Data: 26 / 12 / 13

Hora: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO:

Tal de terço de dente

1 R. maloclusão

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Volta em 02.01.14

pl. max. 1 / 106.5 & R,

TRATAMENTO REALIZADO:

Tal. com o dente

Alta Hospitalar: Data: 26/12/13

Hora: \_\_\_\_\_

Dr. Cláudio Raposo  
Traumato - Ortopedia  
CRM 2913

Ass. do Médico e CRM



# RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PROPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 24/12/18	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 24/12/18
NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Bruno Louro de Sales	
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Fratura do osso da perna (D)	
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): Tratamento conservador do osso da perna (D)	
ALTA MÉDICA? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE POSITIVO DESCREVER:	
COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE: <input type="checkbox"/> A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO. <input checked="" type="checkbox"/> A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o seguimento ou órgão atingido).

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1°	Membros com lesão (+++ / ++)
2°	signos clínicos, fisiológicos, conservadores
3°	vidas, sinais, sintomas, dados de exames:
4°	interna e externa
5°	45% - Grave

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 30 dias A partir de 24/12/18  
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Local  
Louras

data  
31/10/19

Dr. Vitor Emanuel  
CRM: 123456

assinatura e carimbo





**Unidade Mista João Soares da Fonseca**  
Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

## Receituário

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, PI OS DEVIDOS FINS, QUE  
BRUNA LAURA DE SALES, RG 10.993.061,  
(CPF 141.250.141-14, PORTADORA DE LHS  
582.4 e 582.5 (COM DATA DE OCORRÊN-  
CIA EM 24/12/18), APRESENTA LIMITA-  
ÇÃO DOS MOVIMENTOS EM TORNO-  
ZÃO DIREITO, ASSOCIADA A DEFICIT  
MOTOR NA REFERIDA ARTICULAÇÃO  
ASSOCIADA A DOR INTENSA À TEN-  
TATIVA DE DEMARCAÇÃO, COMPROME-  
TENDO A MARCHA COMO CONSEQUÊN-  
CIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NA  
DATA IMPRECISADA.

R. Almeida,  
30/07/19

  
Dr. Sergio Mendes  
CRMPE 12547

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DANIEL RIBEIRO

EC-5



*Bruna Laura de Sales*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 10.993.061 DATA DE EMISSÃO 12/03/2019

NOME << BRUNA LAURA DE SALES >>

FILIAÇÃO << JOSÉ PEREIRA DE SALES >>  
<< INACIA LAURA DE SALES >>

NATURALIDADE RIACHO DAS ALMAS - PE DATA DE NASCIMENTO 07/03/2003

DOK-BASE << CN.12.258 L.12-A.F.187V CART. RIACHO DAS ALMAS-PE 19.03.2003 >>

CPF 141.250.174-17 *Bruna de Sales*

VALIDA SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**  
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
141.250.174-17

Nome  
BRUNA LAURA DE SALES

Nascimento  
07/03/2003

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E TITULARIDADE

EC-5

*Inácia Laura de Sales*

CARTERA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

5.287.990

16/04/2015

<< INÁCIA LAURA DE SALES >>

<< JOSÉ MANOEL DA SILVA >>

<< LAURA MARIA DA SILVA >>

RIACHO DAS ALMAS - PE

19/10/1960

<< CC 487 L.38 F.85V CART. RIACHO DAS  
ALMAS-PE 07.03.1991 >>

418.913.504-63

Ana Patrícia C.O. Alencar

1015720002700075320.6311073

F-65 12.848 - 4431

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal  
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número  
418.913.504-63

Nome  
INÁCIA LAURA DE SALES

Nascimento  
19/10/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS PERSONALES CAUSADOS POR VEHÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, O POR SU CARGA, A PERSONAS TRANSPORTADAS ÚNICO SEGURO NAVAR

PE Nº 014488925630 - BILHETE DE SEGURO DPVAT  
CLOSO E ENTREGUE DA ALIÇA

55120-000

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VESTIBO

SAC OPVAT 0600 022 1204

PCB-8107

14/02/19

1	717 235 954-20	PLATE 107
---	----------------	-----------

9025 12417

2014-1-6 9:21:36 AM 67450

[illegible]

36.05	10.4	50.03
-------	------	-------

115 10 32 184 581

DATE RECEIVED  
13/07/14

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

1997

EPLIS M/GC H-16T-10VDC COBOL/227PROMC

Journal Pre-proof

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190636345

**Cidade:** Riacho das Almas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** BRUNA LAURA DE SALES

**Data do acidente:** 24/12/2018

**Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR SEM DESVIO DO TORNOZELO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS).  
RESTANTE DA FUNÇÃO DO MID PRESERVADA.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 09/12/2019

**Conduta mantida:**

**Observações:**

## 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 tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50



# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190636345

**Cidade:** Riacho das Almas

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** BRUNA LAURA DE SALES

**Data do acidente:** 24/12/2018

**Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA BIMALEOLAR SEM DESVIO DO TORNOZELO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS).  
RESTANTE DA FUNÇÃO DO MID PRESERVADA.

**Resultados terapêuticos:** CONSOLIDAÇÃO TOTAL DA FRATURA COM ALINHAMENTO ANATOMICO SATISFATORIO

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO TORNOZELO DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 09/12/2019

**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 tornozelo	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190636345 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRUNA LAURA DE SALES **Data do acidente:** 24/12/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros  
Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 28/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** DIMINUIÇÃO DOS ARCOS DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190636345 **Cidade:** Riacho das Almas **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** BRUNA LAURA DE SALES **Data do acidente:** 24/12/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

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

**Data da análise:** 28/11/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** FRATURA DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR.  
ALTA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento  
faltante:**

**Apontamento do Laudo  
do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA 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 tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398501/19

**Vítima:** BRUNA LAURA DE SALES

**CPF:** 141.250.174-17

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 24/12/2018

**Titular do CPF:** BRUNA LAURA DE SALES

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Certidão de nascimento  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT

### INACIA LAURA DE SALES : 418.913.504-63

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência  
Documentos de identificação

### BRUNA LAURA DE SALES : 141.250.174-17

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019  
Nome: INACIA LAURA DE SALES  
CPF: 418.913.504-63

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019  
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso  
CPF: 115.938.994-24

INACIA LAURA DE SALES

Steffany Carolyn Lins Veloso

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398501/19

**Número do Sinistro:** 3190636345

**Vítima:** BRUNA LAURA DE SALES

**CPF:** 141.250.174-17

**Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

**Data do acidente:** 24/12/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** BRUNA LAURA DE SALES

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

## ATENÇÃO

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

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

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

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 20/11/2019

Nome: BRUNA LAURA DE SALES

CPF: 141.250.174-17

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 20/11/2019

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

BRUNA LAURA DE SALES

Steffany Carolyn Lins Veloso



---

**Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190636345**

**Vítima: BRUNA LAURA DE SALES**

**Data do Acidente: 24/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), BRUNA LAURA DE SALES**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190636345                      Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do Acidente: 24/12/2018                      Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BRUNA LAURA DE SALES

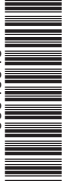
O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Declaração de Inexistência de IML	Apresentar formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, devidamente preenchido, assinalando a opção que declara a impossibilidade da apresentação do Laudo do Instituto Médico Legal-IML, pois não foi marcado.
-----------------------------------	---

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



---

**Rio de Janeiro, 02 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190636345**

**Vítima: BRUNA LAURA DE SALES**

**Data do Acidente: 24/12/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), BRUNA LAURA DE SALES**

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

Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636345

Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do Acidente: 24/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), BRUNA LAURA DE SALES**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 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

Recebedor: BRUNA LAURA DE SALES

Valor: R\$ 337,50

Banco: 237

Agência: 000003211-5

Conta: 0000039753-9

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF de vítima: 341.250.174-17 4 - Nome completo da vítima: Bruna Laura de Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE Nº 443/2012

5 - Nome completo: Bruna Laura de Sales 6 - CPF: 341.250.174-17  
7 - Profissão: Nôva 8 - Endereço: Rua João Felismino 9 - Número: 29 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Rio de Janeiro 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 55120-000  
15 - E-mail: Nôva 16 - Tel (DDD): (11) 99304-6099

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Inacia Laura de Sales 18 - CPF do Representante Legal: 438.913.504-63 19 - Profissão do Representante Legal: Docente

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 3031 5 CONTA: 39753 9  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou ruiduro (filho/mulher)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio de Janeiro 08/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Bruna Laura de Sales

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Inacia Laura de Sales





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF de vítima: 341.250.174-17 4 - Nome completo da vítima: Bruna Laura de Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSPE Nº 443/2012

5 - Nome completo: Bruna Laura de Sales 6 - CPF: 341.250.174-17  
7 - Profissão: Não 8 - Endereço: Rua João Felismino 9 - Número: 29 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Rio de Janeiro 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 55120-000  
15 - E-mail: Não 16 - Tel (DDD): (11) 99304-6099

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Inacia Laura de Sales 18 - CPF do Representante Legal: 438.913.504-63 19 - Profissão do Representante Legal: Docente

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 3031 5 CONTA: 39753 9  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou ruiduro (filho/mulher)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio de Janeiro 08/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Bruna Laura de Sales

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Inacia Laura de Sales

**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: 3190636345  
Nome do(a) Examinado(a): Bruna Laura de Sales  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Jose Felismino, 29  
Centro Riacho das Almas PE CEP: 55120-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 10993061  
Data local do acidente: [ 24/12/2018 ]  
Data local do exame: [ 09/12/2019 ] Recife [ PE ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA BIMALEOLAR SEM DESVIO DO TORNOZELO DIREITO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA E FISIOTERAPIA.**  
**Complicações: NENHUMA**  
**Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**LIMITAÇÃO RESIDUAL DA FLEXO EXTENSAO DO TORNOZELO DIREITO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS). RESTANTE DA FUNÇÃO DO MID PRESERVADA.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**DEFICT FUNCIONAL RESIDUAL AO TORNOZELO DIREITO.**  
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 (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem seqüela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>TORNOZELO - Lado Direito</b><br/>% do dano: <b>( X ) 10% residual</b> ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
|---|---|
- 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

  
DR. LUIZ CASANOVA  
Médico  
CRM: 17761





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC  
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0154001114**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **19/10/2019** às **15:22**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **24/12/2018** às **17:00**

Natureza Jurídica: **QUEDA DE MOTOCICLETA**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DA**

**CIDADE - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

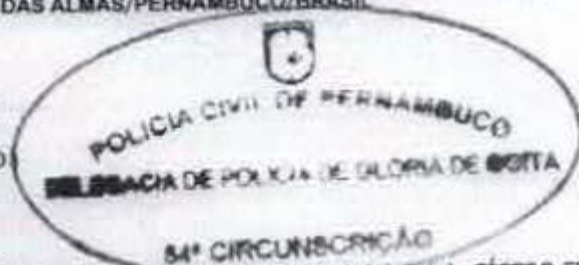
**NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)**

**CÍCERO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)**

**BRUNA LAURA DE SALES (VÍTIMA)**

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

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



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

**BRUNA LAURA DE SALES** (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino**

Mãe: **INÁCIA LAURA DE SALES** Pai: **JOSÉ PEREIRA DE SALES** Data de Nascimento: **7/3/2003** Naturalidade: **RIACHO DAS ALMAS / PERNAMBUCO / BRASIL**

Documentos: **10993061/SDS/PE (RG), 14125017417 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **ESTUDANTE**

Endereço Residencial: **RUA JOSE FELISMINO, 34, CASA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL**

**CÍCERO FERREIRA DA SILVA** (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**

Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**NÃO SE APLICA** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

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

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **CÍCERO FERREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CÍCERO FERREIRA DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX EBDI** Objeto apreendido: **Não**

Cor: VERMELHA - Quantidade: 1 (UNIDADE)

Placa: PGP8107 (PERNAMBUCO/RIACHO DAS ALMAS) Chassi: 9C2KC1680ER014500

Ano Fabricação/Modelo:  
2014/2014

Combustível: ALCO/GASOL

### Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA BRUNA LAURA DE SALES QUE ESTAVA NA GARUPA DA MOTO CITADA ACIMA, GUIADA PELO SENHOR CÍCERO FERREIRA DA SILVA, O QUAL VOLTANDO DO LOTEAMENTO MÃE RAINHA NESTA CIDADE, QUANDO PRÓXIMO AO CEMITÉRIO LOCAL DA CIDADE O CONDUTOR PERDEU O CONTROLE NA ESTRADA DE TERRA DEVIDO A UM CAVALO QUE VINHA EM VELOCIDADE EM SUA DIREÇÃO TENDO A VÍTIMA SE DESEQUILIBRADO E CAÍDO AO SOLO NA RUA QUE DÁ ACESSO AO CEMITÉRIO, SENDO SOCORRIDA PARA A UNIDADE MISTA DA CIDADE ALEGANDO DORES NO TORNOZELO DIREITO, ONDE FOI CONSTATADA A FRATURA DO REFERIDO TORNOZELO.

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

BRUNA LAURA DE SALES  
(VÍTIMA)

*Bruna Laura de Sales*

*Severino Evaldo do Nascimento*  
Comissário Especial de Polícia  
Mat. 159.816-3

B.O. registrado por: SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO - Matrícula: 159.816-3







# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ 3 - CPF de vítima: 341.250.174-17 4 - Nome completo da vítima: Bruna Laura de Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP Nº 443/2012

5 - Nome completo: Bruna Laura de Sales 6 - CPF: 341.250.174-17  
7 - Profissão: Não 8 - Endereço: Rua João Felismino 9 - Número: 29 10 - Complemento: \_\_\_\_\_  
11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Rio de Janeiro 13 - Estado: RJ 14 - CEP: 55120-000  
15 - E-mail: Não 16 - Tel (DDD): (11) 99304-6099

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

17 - Nome completo do Representante Legal: Inácia Laura de Sales 18 - CPF do Representante Legal: 438.913.504-63 19 - Profissão do Representante Legal: Docente

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

☐ CONTA POUPOANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: 3031 5 CONTA: 39753 9  
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir)

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CIV) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima: \_\_\_\_\_

25 - Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 30 - Vítima deixou ruiduro (filho/mor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

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

38 - 1ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Rio de Janeiro 08/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Bruna Laura de Sales

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Inácia Laura de Sales





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 485/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

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

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

☐ CONTA POUPANÇA (Servente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:

Nome do BANCO: AGÊNCIA: CONTA:

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou CNV) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (paradoxo)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

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

37 - Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DE PERNAMBUCO  
COMARCA DE RIACHO DAS ALMAS  
MUNICÍPIO DE RIACHO DAS ALMAS  
DISTRITO DE Riacho das Almas

MARIA ADALVA SILVA

Oficial Vitalícia do Registro Civil

**NASCIMENTO Nº 12.258**

CERTIFICO que, às fls. 187 v do livro n.º A-12 de Registro de Nascimentos  
foi feito hoje o assento de Bruna Paula de Sales

nascida aos sete (07) de março de 2003  
(07.03.2003) às 08 horas e 00 minutos, em Riacho das  
Almas - PE,

do sexo feminino  
filha de: José Pereira de Sales  
natural de: Pernambuco  
e de Dons: Inácia Paula de Sales  
natural de: Pernambuco

Sendo avós paternos Nelson Jerônimo de Sales  
e Dona Blindina Pereira da Silva  
e avós maternos José Manoel da Silva  
e Dona Paula Maria da Silva  
Foi declarante a genitora  
e serviram de testemunhas dispensadas.

Observações:



REGISTRADO EM 18 de março de 2003



Onde é verdade e dou fé  
Riacho das Almas 18 de março de 2003

Maria Adalva Silva

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: 18/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

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

CLIENTE: BRUNA LAURA DE SALES

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03211-5

CONTA: 000000039753-9

Nr. Autenticação

BRDESCO18122019050000000002370321100000003975333750 PAGO





oi



TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 33.000.118/0001-93 - INSC. ESTADUAL: 181.073.844-4  
RUA JOAQUIM FELIPE, 100 - RECIFE - PE CEP: 50050-100  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-75

CICERO FERREIRA DA SILVA  
RUA JOSE FELISMINO, 29  
CENTRO  
55120-000 RIACHO DAS ALMAS-PE

Referência:

SETEM





oi



TELEMAR NORTE LESTE S/A  
CNPJ: 33.000.118/0001-93 - INSC. ESTADUAL: 181.27.354-4  
RUA JOAQUIM FELIPE, 100 - RECIFE - PE CEP: 50050-100  
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/0001-75

CICERO FERREIRA DA SILVA  
RUA JOSE FELISMINO, 29  
CENTRO  
55120-000 RIACHO DAS ALMAS-PE

Referência:

SETEM