

**HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
EMERGÊNCIA**

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 472274

Prontuário: 331124

Nome: BRUNA LAURA DE SALES

Data Nasc.: 07/03/2003

Idade: 15

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS: 704308506560297

Endereço: AVENIDA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Nº: 35

Barro: CENTRO

Cidade: RIACHO DAS ALMAS

Estado: PE

CEP: 56120000

Fone: 81235440

Profissão:

Nome da Mãe: INACIA LAURA DE SALES

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 24/12/2018 20:18

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Quaisca Principal / HDA:

*P. S. FORAMOS PELO MÉDICO ELEITO
DIRETAMENTE DA FABRA D. ANTONIO QUADROS*

Exame Físico:

DE MODO.

PA: _____ FC: _____ FR: _____

TOXA SUCOPOLÍTICA (D)

Diag. Provisório:

IX DE TENDOZEO DIREITO

Internamento Hospitalar

Prescrição:

Data: _____

Horário

Data:

*BRUNA LAURA DE SALES
SUSPENSAO
TENDOZEO DIREITO*

DATA DE PRESCRIÇÃO

DATA DE PRESCRIÇÃO

DATA DE PRESCRIÇÃO

150

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

3 - Evolução / Exames

Termo de Responsabilidade de Ata e Padão

() Paciente () Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Name: _____ RG: _____

Enderroco: Tel.

Data: / /

Assinatura

Autorização da Proprietário

†† Patients (†† Families)

Norman: B.C. 1000-1050

Endereço: _____ **Tel.:** _____

Procedimientos:

Class Definitions

A sinatura

Pautas de Reciente

(+) Arz (-) Cirurgia (+) Óbito (-) Evacuação (-) Termo de Ata e Radios

Transferência: é o ato de transferir a posse de um bem ou direito de uma pessoa para outra.

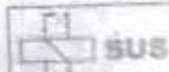
Condicão de Alta

Curado Malsorrido Inalterado Ótimo

Date: _____ / _____ / _____ Hora: _____ Médico: _____ CRM _____

26/12/2018 20:18:09

Usuario do Atendimento
DIEGO J. V.



Sistema
Único de
Saúde
Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste WALDEMIR FERREIRA

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

3 - DRES

242174118

4 - DRES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

José Lino Ferreira da Silva

6 - NOME DO HOSPITAL

23182

7 - DRES

8 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE

José Lino Ferreira da Silva

10 - DATA DE NASCIMENTO

09/03/03

11 - SEXO

MASC

12 - TELEFONE DE CONTATO

400 411223456789

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

José Lino Ferreira da Silva

14 - TELEFONE DE CONTATO

400 411223456789

15 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua das Flores, 123, Centro

16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

23182

17 - COD. IBGE/MUNICÍPIO - 18 - UF - 19 - CEP

23182-000 PI 65000-000

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Indado de mto com febre e
muito mobilho e fraco*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Exames / exame físico

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PRIMOS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: *Resfriado*

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS RELACIONADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *Exames*

28 - NÚMERO DO PROCEDIMENTO

29 - O RUA: 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: *Exame*

31 - DOCUMENTO:

XME

32 - N° DOCUMENTO (CRÉDITO) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSINATURA: *Waldemiro Ferreira*

17-ICP

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSINATANTE: *Waldemiro Ferreira*

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 35 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

11/11/2018

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - CNPJ DA SEGUROADORA: *Bradesco Seguros*

37 - N° DOCUMENTO:

00000000000000000000

38 - NOME DA EMPRESA:

Bradesco Seguros

39 - COB:

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: *Empregado*

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: *Empregador*

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: *Não Aplicável*

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: *Não Aplicável*

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: *Não Aplicável*

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: *Não Aplicável*

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *Waldemiro Ferreira*

47 - CID 10 EMISSOR:

23182

48 - N° DOCUMENTO:

17-ICP

49 - N° DOCUMENTO (CRÉDITO) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

Waldemiro Ferreira

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *11/11/2018*

51 - ASSINATURA E CARMIM (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *Waldemiro Ferreira*

◎ 欧阳修与宋词 48

Panido



Data Pedidos: 30/01/2019

Controle 98537

EM 300-012019 01 - 1

Paciente 331174 BRUNA LAURA DE SALES
Ledo Unid. Intern.
Medico-Solicitante 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGreste
Seno Spelciante RADIOLOGIA - RX
Junto Executante RADIOLOGIA
Convenio SUS - AMBULATÓRIO
Motivo ROTINA

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

© 2019

Médico Executante	0 - Não Informado		
Accession Number	*Access. N. Hex.	Código Descrição	Entrega
255963	 255963	1016 RADIOGRAFIA DA Perna Direita (AP)	30/01/201
255964	 255964	1017 RADIOGRAFIA DA Perna Direita (PERFIL)	30/01/201



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

RECEITUÁRIO

Unidade: HSA
Nome: Silvana Ferreira da
Luz Registro N° 331174
Clínica _____ Enfermaria: _____



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

1º Lugar

2º Concurso 88

Alendamento: 475259

Pedido: 
120109

Data Pedido: 09/01/2019

Controle: 97204

Paciente: 331174 BRUNA LAURA DE SALES
Leito:

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

Medico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Sexo: FEMININO

Setor Solicitante: RADIOLOGIA - RX

Local: SALA DE EXAME

Setor Executante: RADIOLOGIA

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Medico 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: 09/01/2019
HORA: 07:50
TC

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

RECEITUÁRIO

Unidade: HRA
Nome: *Silva Jenice & Tora* Registro N° 361174
Clinic: Enfermaria:

*silvia Q-16
tora D*



Data: 09/01/19

Médico - CRM

2913

O primeiro Cigarrinho é uma passagem para o Vicio
Eloida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA
RESUMO DE ALTA

Nome: Bruna Lanna de Souza

Prontuário: 331174

Data: 24/12/13

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Fil d'engel dant
(Br malheur)

AMBULATÓRIO DE EGRESSO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Volta no dia 02/01/14

Plano 1/col & R.

TRATAMENTO REALIZADO:

Trit. canulado

Alta Hospitalar: Data: 26/12/13

Hora: _____

Dr. Cláudio Raposo
Traumatologista - Ortopedia
CRM: 2813

Ass. do Médico e CRM
Carimbo

5623853 HRA



Unidade Mista João Soares da Fonseca

Secretaria de Saúde de Riacho das Almas - PE

Receituário

10. *Phragmites australis* C. Nees var. *australis*

22 Dubai is one of

www.english-test.net

deform dentate

John M. E. D. John Sinclair

T C 6

P. M. = 57.120 - Sonnenkopf

17. $\frac{2}{3} \times \frac{3}{4} = \frac{1}{2}$ (The answer is $\frac{1}{2}$.)

1970 The American Society of Zoologists

25

Liaison Librarian
CIMA - 2009
CIMA - 2009

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0114521

Prontuário: 00013136-9

Nome: INÁCIA LAURA DE SALES

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

Cidade: RIO AÇOIO DAS ALMAS/PE

Documento:

Mãe: INÁCIA LAURA DE SALES

Profissão:

Idade: 15 ANOS, 9 MESES E 17 DIAS

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

CEP: 55120000

Nac:

Bairro:

CNS: 898002975288222

Sispronatal:

Tel.:

Pai: JOSE PEREIRA DE SALES

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
08/02/2018 19:59	0019965	VOMITANDO

PRE-CONSULTA

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

Horaório	P.A.		Pulso	Peso	Assinatura

Queixas / Diagnóstico

Tratamento

IRAN SP

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	<input type="checkbox"/> ADM MEDICAMENTO: BÁSICO <input type="checkbox"/> ESP	TÉCNICO / COREN
<input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO	<input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO	

Consultas / Atendimento Médico:	MÉDICO / CRM
<input type="checkbox"/> urgência básica <input type="checkbox"/> urgência especializada <input type="checkbox"/> observação básica <input type="checkbox"/> observação especializada	

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Bruna Laura de Souza

Prontuário: 331474

Data: 24/01/13

Hora: _____

DIAGNÓSTICO:

Traumatismo contuso
l Br malixim,

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Voltar em 02/01/13

Almoxarifado R.

TRATAMENTO REALIZADO:

-rt. Caneleira

Alta Hospitalar: Data: 26/17/13

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: 24/10/18 | DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO DO MÉDICO: 29/10/18

NOME COMPLETO DA VITIMA: Bruno Lúcio de Souza

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura de onos do punho (D)

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Treatmente com enxada de onos da
Perna (D)

ALTA MÉDICA? SIM | NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRE-EXISTENTE? SIM NÃO
SE POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

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

- 1º Membros Com Pálma (+++ Y+) Braço
- 2º Membros Abertos (braço, punhos, tornozelos)
- 3º Vídeo, nádegas, estômago, rins e intestinos
- 4º Inteiro Pélvico
- 5º 75% - Grande

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 24/10/18 A 29/10/18
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

local

data

Dr. Vitor Crisanto
CRM 100000
MBR 100000

assinatura e carimbo

31/10/18



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

Receituário

ATESTADO MÉDICO

ATESTO, P/ O: DR. BEVINDI FIMS, QUF
BRUNA LAURA DE LIMAES, RG 10.993.061,
(AF 141-N50.141-14), PORTADORA DO ID: S
582.4 e S205 (COM DATA DE OCORRÊN-
CIA EM 24/12/18), APRESENTA LIMI-
TACAO AOS MOVIMENTOS FM + GND
EHO BIREITO, ASSOCIADA A DIFUS
MOTOR NA REFERIDA ARTICULACAO
ASSOCIADA A FOR INTENSA A TEL-
TIVAS DE REMBATERIA, COMPROMET-
ENDO A MARCHA COMO CONSEQUEN-
CIA DE ACIDENTE DE TRANSITO M
DATA IMPRECISA.

R. ALM²,
30/07/19

Dr. Sérgio Mendes
Cremep 12547



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

NÚMERO
SERIAL 10.993.061 DATA DE
ENTREGA 12/03/2019

NOME
« BRUNA LAURA DE SALES »

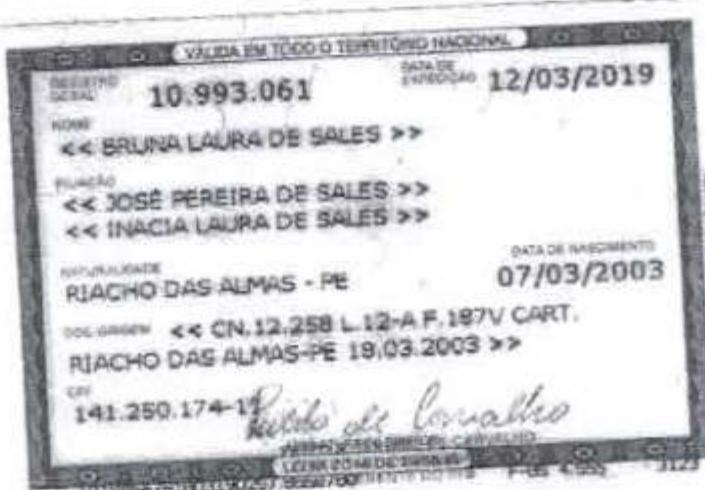
PLACÃO
« JOSÉ PEREIRA DE SALES »
« INACIA LAURA DE SALES »

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

DOC. GRANDE « CN.12.258 L.12-A F.187V CART.
RIACHO DAS ALMAS-PE 19/03/2003 »

GFI
141.250.174-17 *Rebido de Correio*

LEIA OS AVISOS E CUIDADOS NA CONTRA



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





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA: 16/04/2015

Nº: 5.287.990

NOME: << INACIA LAURA DE SALES >>

MUNICÍPIO: << JOSÉ MANOEL DA SILVA >>

MUNICÍPIO: << LALÍRA MARIA DA SILVA >>

LUGAR NASCIMENTO:
RIACHO DAS ALMAS - PE

DATA DE NASCIMENTO: 19/10/1960

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

SINALEIRO: *[Signature]*

418.913.504-63

Assinatura: Ana Patrícia C.G. Acolonado

Órgão de Emissão: Conselho
F-65 12.848 - 4431

1015728002/00075320.6311073

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Fisicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Nome: Inacia Laura de Sales

Nº: 418.913.504-63

Nome: Inacia Laura de Sales

Nascimento: 19/10/1960

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

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

Resultados terapêuticos: CONSOLIDACAO 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

Valorização 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 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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

INACIA LAURA DE SALES

Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398501/19

Número do Sinistro: 3190636345

Vítima: BRUNA LAURA DE SALES

Data do acidente: 24/12/2018

CPF: 141.250.174-17

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRUNA LAURA DE SALES

Seguradora: Companhia de Seguros Previdência do Sul

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 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 Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

BRUNA LAURA DE SALES

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 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





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 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, 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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

1 - N° do simbolo ou ASL:

3 - CPF da vítima:
341.250.174-17

4 - Nome completo da vítima:

BRUNA Yanna de Sales

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

5 - Nome completo:

BRUNA Yanna de Sales

5 - CPF:
341.250.174-17

7 - Profissão:

Nenhuma

8 - Endereço:

Rua 26 de Julho, 1000

9 - Número:

29

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Rio Claro - São Paulo

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

55120-000

15 - Email:

Nenhuma

16 - Tel. (DDOE):
(11) 99304-6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Brácia Yanna de Sales

18 - CPF do Representante Legal:

438.913.504-63

19 - Profissão do Representante Legal:

Recusa

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação 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 ATÉ R\$2.500,00
 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Informar uma opção)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

Name do BANCO: Bradesco

(Inserir o dígito se exigir)

(Inserir o dígito se exigir)

AGÊNCIA: 3031

5

CONTA: 39753

9

(Inserir o dígito se exigir)

(Inserir o dígito se exigir)

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.

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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade 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.

Pela melhor esfera, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 11.947/78, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

23 - Declaração de Únicos Beneficiários - Preenchimento somente para cobertura de morte

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (se Div.) Divorciado Separado/Autônomos 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 Sim
Não Não Não

29 - Se tinha filhos, informar
viventes Falecidos:

30 - Vítima deixou
residuo familiar:
Sim Não

31 - Vítima
teve irmãos:
Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar
vivos:
Sim Não

Este cliente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Aquelas beneficiários que se apresentarem e provirem de
esta declaração, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verificada poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da
responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

MORTE

NÃO AFETARIZADO

TESTEMUNHAS

35 - Nome legível de quem assina a roga/á pedido

38 - 14 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a roga/á pedido

39 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - [**] Assinatura de quem assina a roga/á pedido

Ricardo dos Almas 08/11/19

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data:

Bruna Yanna de Sales

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

1 - N° do simbolo ou ASL:

3 - CPF da vítima:
341.250.174-17

4 - Nome completo da vítima:

BRUNA Yanna de Sales

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

5 - Nome completo:

BRUNA Yanna de Sales

5 - CPF:
341.250.174-17

7 - Profissão:

Nenhuma

8 - Endereço:

Rua 26 de Julho, 1000

9 - Número:

29

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Rio Claro - São Paulo

13 - Estado:

SP

14 - CEP:

55120-000

15 - Email:

None

16 - Tel. (DDOE):

(11) 99304-6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Brácia Yanna de Sales

18 - CPF do Representante Legal:

438.913.504-63

19 - Profissão do Representante Legal:

Recusa

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação 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 ATÉ R\$2.500,00
 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Informar 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:

Banco Bradesco

AGÊNCIA: 3031

5

CONTA: 39753

9

(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.

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 o fim de requerimento de indenização

do Seguro DPVAT por invalidade 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.

Pela melhor esfera, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 11.947/78, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

23 - Declaração de Únicos Beneficiários - Preenchimento somente para cobertura de morte

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (se Div.) Divorciado Separado/Autônomos Viúvo

24 - Data da
morte da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou comparsel(o)(s):

Sim Não

27 - Se a vítima deixou comparsel(o)(s), informar o nome completo:

28 - Vítima
teve filhos?

29 - Se tinha filhos, informar
Viventes Falecidos:

Sim Não

31 - Vítima
teve irmãos?

Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou
pais/avós vivos?

Sim Não

Este sou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Aquelas beneficiários que se apresentarem e provirem esta declaração, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verificada 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

38 - 14 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

39 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - [**] Assinatura de quem assina a roga/pedido

Ricardo dos Almeida 08/11/19

Bruna Yanna de Sales

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante):

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PP-001 V002/2015

**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 EXTENSÃO DO TORNOZELO DIREITO (REDUZIDA EM APROX 10 GRAUS). RESTANTE DA FUNÇÃO DO MID PRESERVADA.

- 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:

DEFÍCIT FUNCIONAL RESIDUAL AO TORNOZELO DIREITO.

Caso a resposta 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):

TORNOZELO - Lado Direito

% 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


DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
 DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064º CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ºCIRC
 DINTER1/12ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0154001114

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

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

Natureza Jurídica: QUEDA DE MOTOCICLETA

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE RIACHO DAS ALMAS, 1, PRÓXIMO AO CEMITÉRIO DA CIDADE - Bairro: CENTRO - RIACHO DAS ALMAS/PERNAMBUCO/BRASIL

Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

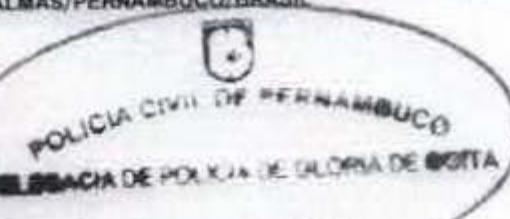
NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)

CÍCERO FERREIRA DA SILVA (OUTRO)

BRUNA LAURA DE SALES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (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

Documento: 10993061/SDS/PE (RG): 14125017417 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU

INCOMPLETO Profissão: ESTUDANTE

Endereço Residencial: RUA JOSE FELISMINO, 34, CASA - CEP: 5 - 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 (VEÍCULO) 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 ESDI 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 DESIQUILIBRADO E CAIDO AO SOLO NA RUA QUE DÁ ACESSO AO CEMITÉRIO, SENDO SOCORRIDA PARA A UNIDADE MISTA ADA CIDADE ALEGANDO DORES NO TORNOZELO DIREITO, ONDE FOI CONSTATADA A FRATURA DO REFEIDO TORNOZELO.

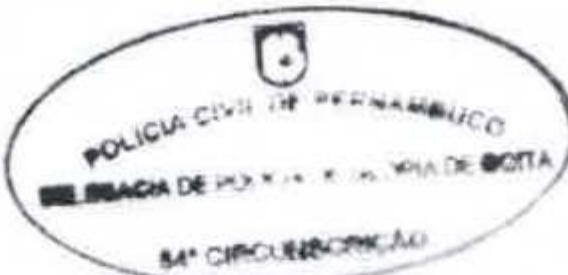
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

BRUNA LAURA DE SALES
(VÍTIMA)

Bruma Laura de Sales

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Matr. 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:

DAMS (DÉSPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

1 - N° do simbolo ou ASL:

3 - CPF da vítima:
341.250.174-17

4 - Nome completo da vítima:

BRUNA Yanna de Sales

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

5 - Nome completo:

BRUNA Yanna de Sales

5 - CPF:
341.250.174-17

7 - Profissão:

Nenhuma

8 - Endereço:

Rua 26 de Julho, 1000

9 - Número:

29

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Rio Claro - São Paulo

13 - Estado:

PE

14 - CEP:
55120-000

15 - Tel. (DDOE):
(11) 99304-6299

16 - E-mail:

None

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Graciela Yanna de Sales

18 - CPF do Representante Legal:

438.913.504-63

19 - Profissão do Representante Legal:

Recusa

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovação 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 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

CONTA POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Insira uma opção)

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

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

Banco Bradesco

AGÊNCIA: 3031

5

CONTA: 39753

9

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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.

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 o fim de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidade 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.

Pela melhor esfera, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às costas da Seguradora Lider, para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei nº 11.947/78, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

23 - Declaração de únicos beneficiários - Preenchimento somente para cobertura de morte

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro Casado (se Div.) Divorciado Separado/Autônomos 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
Viventes Falecidos:

30 - Vítima deixou
residuo (álcool/vício)?

Sim

Não

31 - Vítima
teve lésions?

Sim

Não

32 - Se tinha lésions, informar
Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou
patrimônio vivo?

Sim

Não

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

34 - Assinatura de quem assina a roga/pedido

35 - Nome legível de quem assina a roga/pedido

36 - 14 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a roga/pedido

39 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - [**] Assinatura de quem assina a roga/pedido

Ricardo dos Almeida

Bruna Yanna de Sales

38 - Local e Data:

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

PP-001 V002/2015

39 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

44 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

45 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

46 - Assinatura do Procurador (se houver)

47 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

48 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

49 - Assinatura do Procurador (se houver)

50 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

51 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

52 - Assinatura do Procurador (se houver)

53 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

54 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

55 - Assinatura do Procurador (se houver)

56 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

57 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

58 - Assinatura do Procurador (se houver)

59 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

60 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

61 - Assinatura do Procurador (se houver)

62 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

63 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

64 - Assinatura do Procurador (se houver)

65 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

66 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

67 - Assinatura do Procurador (se houver)

68 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

69 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

70 - Assinatura do Procurador (se houver)

71 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

72 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

73 - Assinatura do Procurador (se houver)

74 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

75 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

76 - Assinatura do Procurador (se houver)

77 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

78 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

79 - Assinatura do Procurador (se houver)

80 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

81 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

82 - Assinatura do Procurador (se houver)

83 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

84 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

85 - Assinatura do Procurador (se houver)

86 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

87 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

88 - Assinatura do Procurador (se houver)

89 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

90 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

91 - Assinatura do Procurador (se houver)

92 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

93 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

94 - Assinatura do Procurador (se houver)

95 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

96 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

97 - Assinatura do Procurador (se houver)

98 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

99 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

100 - Assinatura do Procurador (se houver)

101 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

102 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

103 - Assinatura do Procurador (se houver)

104 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

105 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

106 - Assinatura do Procurador (se houver)

107 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

108 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

109 - Assinatura do Procurador (se houver)

110 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

111 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

112 - Assinatura do Procurador (se houver)

113 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

114 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

115 - Assinatura do Procurador (se houver)

116 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

117 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

118 - Assinatura do Procurador (se houver)

119 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

120 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

121 - Assinatura do Procurador (se houver)

122 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

123 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

124 - Assinatura do Procurador (se houver)

125 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

126 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

127 - Assinatura do Procurador (se houver)

128 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

129 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

130 - Assinatura do Procurador (se houver)

131 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

132 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

133 - Assinatura do Procurador (se houver)

134 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

135 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

136 - Assinatura do Procurador (se houver)

137 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

138 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

139 - Assinatura do Procurador (se houver)

140 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

141 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

142 - Assinatura do Procurador (se houver)

143 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

144 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

145 - Assinatura do Procurador (se houver)

146 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

147 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

148 - Assinatura do Procurador (se houver)

149 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

150 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

151 - Assinatura do Procurador (se houver)

152 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

153 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

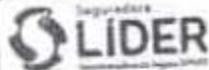
154 - Assinatura do Procurador (se houver)

155 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

156 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

157 - Assinatura do Procurador (se houver)

158 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

1 - Nº do número da AGC:

2 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

341.250.174-17

Bárbara Laura de Sales

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VITIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

3 - Nome completo:

Bárbara Laura de Sales

5 - CPF:

341.250.174-17

7 - Profissão:

Aluna

8 - Endereço:

Av. 26 de Setembro

9 - Número:

29

10 - Complemento:

11 - Bairro:

(Centro)

12 - Cidade: Rio das Almas

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55320-000

15 - E-mail:

RGWzr

16 - Tel. (DDI): (81) 99304-6299

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

Inácia Idaaura de Sales

18 - CPF do Representante Legal:

438.913.504-63

19 - Profissão do Representante Legal:

Procurada

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA R\$1,00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00
 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

 BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR) CONTA POUPANÇA (Salvar para os bancos abaixo. Ativite uma caixinha) Bradesco (237) Itaú (341) Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BNB 0000

AGÊNCIA: 3011

5

CONTA: 39753

1

(Inserir o dígito se existir)

(Inserir 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 tenho direito, recalcificando e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de lei, que estou impossibilitado de fornecer o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o fim de requerimento de Indenização do Seguro DPVAT por invalidade permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

 Não há IML que atende 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. Para motivo estimado, solicito o prorrogamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base no documento(s) apresentado(s), constando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 8.194/94, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

 Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data da morte da vítima:

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou comparsário(s):

 Sim Não

27 - Se a vítima deixou comparsário(s), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos, informar Vivos:

 Sim

Falecidos:

 Sim Não Sim

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

 Falecidos: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Ribeirão das Almas 08/11/19

Bárbara Idaaura de Sales

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



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 N° 122253

CERTIFICO que é filha nº 187º do livro n.o A-122 de Registro de Nascimentos
foi feito hoje o assento de Bruna Laura 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 Dona Graciele Laura de Sales —

natural de Pernambuco —

Sendo avós paternos Nelson Jerônimo de Sales —

e Dona Gladys Pereira da Silva —

e avós maternos José Francisco da Silva —

e Dona Laura Maria da Silva. —

Foi declarante a genitora —

e serviram de testemunhas dispensadas. —

Observações:



REGISTRADO EM 18 de março de 2003



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

BRADESCO1812201905000000000237032110000003975333750 PAGO



Berlin Social Media News, Edition 10 | 10 of 10 | 10.03.2018

NOTÍCIA - ZÁPOLA - COSTA DE ENERGIA BOMBA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. 1040-200 Barreto, 111-Sao Joao, Recife - PE CEP 50070-001
CEP 50.070-000-001 * Fone: (81) 3202-8300 - 3202-8301 - 3202-8302

SAPODE BO SUDAN

第6章：数据的可视化

OPP-418-012-004-03-025 18144120862

ESTACIONES DE LIMPIEZA DE AGUAS RESIDUALES

464 JUNE 1994 VOL 21 / NO 6

第1輯第1期

CENTRO INACAO DAS ALMAS
RAACH DAS ALMAS PE
REYTO [30]

4012964922 04/2019
15/05/2019 41-32

（主に和歌山県を含む）

	NUMBER OF PAGE	PRIVACY POLICY	VALID PERIOD
Consumo Áreas Verdes	30.000000	1.100.000000	2.77
Consumo Áreas Superiores a 30.000.000 kWh	70.000000	1.020.000000	22.00
Consumo Áreas Superiores a 100.000.000 kWh	180.000000	1.420.000000	1.04
Comis. Iur. Poderes Municipales			
CMS Subvención COE AF 030490100-1402110			2.30
Multa por infracción AF 030490201 - 1002110			0.00
Aviso por infracción AF 030490301 - 1002110			1.30
All. de control CMS AF 030490201 - 1002110			0.04
			0.04

TOEFL®官網

1988年5月27日由国务院批转国家科委、计委《关于加快高技术研究发展的若干意见》

2014 RELEASE UNDER E.O. 14176

第二章 财务管理的环境与方法

Proposed legislation would prohibit the use of personal identification numbers, such as Social Security numbers, on medical records. It also would require that medical records be destroyed after 10 years if they do not contain sensitive information such as race, ethnicity or gender.

Oi

TELEMAR NORTE LESTE 1A
CNPJ: 33.000.118/004-77 - INSC. ESTADUAL: 101.2.345-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 66 - RECIFE - PE CEP: 5000-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/001-75

|||||

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

Referência

SETEM



Berlin Social Media News, Edition 10 | 10 of 10 | 10.03.2018

NOTÍCIA - ZÁPOLA - COSTA DE ENERGIA BOMBA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. 1040-200 Barreto, 111-Sao José, Recife - PE CEP 50070-001
CEP 50.070-000-001 * Fone: (81) 3202-8300 - 3202-8301 - 3202-8302

SAPO 2010

第四部分：政治与社会

OPP-418-012-004-03-025 18144120862

ESTACIONES DE LIMPIEZA DE AGUAS RESIDUALES

464 JUNE 1994 VOL 21 / NO 6

第1章基础概念

CENTRO INACAO DAS ALMAS
RAACH DAS ALMAS PE
REYTO [30]

052275422	UFICA	03/04/2018	23/04/2019	15/05/2019
052275422	UFICA	03/04/2018	23/04/2019	15/05/2019

主導権は常にアーティストが持つべきものだ。

	Summa/Summa	EUR 0,00	VAT 0,00
Cantitatea este de 0,0000.	30.000,0000	1.100,0000	0,00
Comanda este suprimata a 30 de 100 articole.	70.000,0000	2.300,0000	0,00
Comanda este suprimata a 100 de 220 articole.	140.000,0000	4.600,0000	0,00
Codul, nume, Telefon si Municipiu			
CMS Salvering (TOSA) 00000000-1402110			3,00
Marta din strada nr 1234494881 - 1653213			0,00
Avantajele sunt urmatoarele:			1,00
All. la cota de CMS nr 1234494881 - 1653213			0,50
			0,00

TOEFL®官網

1988年5月27日由国务院批转国家科委、计委《关于加快高技术研究与开发的报告》

© 1994 Prentice-Hall, Inc.

• 第二章 财务管理与投资决策

PERIODOS	DETALLE	ESTIMACIONES DE CANTIDAD		ESTIMACIONES DE COSTO
		ESTIMACIONES DE CANTIDAD	ESTIMACIONES DE COSTO	
0001-10				
0002-10				
0003-10				
0004-10				
0005-10				
0006-10				
0007-10				
0008-10				
0009-10				
0010-10				
0011-10				
0012-10				
0013-10				
0014-10				
0015-10				
0016-10				
0017-10				
0018-10				
0019-10				
0020-10				
0021-10				
0022-10				
0023-10				
0024-10				
0025-10				
0026-10				
0027-10				
0028-10				
0029-10				
0030-10				
0031-10				
0032-10				
0033-10				
0034-10				
0035-10				
0036-10				
0037-10				
0038-10				
0039-10				
0040-10				
0041-10				
0042-10				
0043-10				
0044-10				
0045-10				
0046-10				
0047-10				
0048-10				
0049-10				
0050-10				
0051-10				
0052-10				
0053-10				
0054-10				
0055-10				
0056-10				
0057-10				
0058-10				
0059-10				
0060-10				
0061-10				
0062-10				
0063-10				
0064-10				
0065-10				
0066-10				
0067-10				
0068-10				
0069-10				
0070-10				
0071-10				
0072-10				
0073-10				
0074-10				
0075-10				
0076-10				
0077-10				
0078-10				
0079-10				
0080-10				
0081-10				
0082-10				
0083-10				
0084-10				
0085-10				
0086-10				
0087-10				
0088-10				
0089-10				
0090-10				
0091-10				
0092-10				
0093-10				
0094-10				
0095-10				
0096-10				
0097-10				
0098-10				
0099-10				
0100-10				
0101-10				
0102-10				
0103-10				
0104-10				
0105-10				
0106-10				
0107-10				
0108-10				
0109-10				
0110-10				
0111-10				
0112-10				
0113-10				
0114-10				
0115-10				
0116-10				
0117-10				
0118-10				
0119-10				
0120-10				
0121-10				
0122-10				
0123-10				
0124-10				
0125-10				
0126-10				
0127-10				
0128-10				
0129-10				
0130-10				
0131-10				
0132-10				
0133-10				
0134-10				
0135-10				
0136-10				
0137-10				
0138-10				
0139-10				
0140-10				
0141-10				
0142-10				
0143-10				
0144-10				
0145-10				
0146-10				
0147-10				
0148-10				
0149-10				
0150-10				
0151-10				
0152-10				
0153-10				
0154-10				
0155-10				
0156-10				
0157-10				
0158-10				
0159-10				
0160-10				
0161-10				
0162-10				
0163-10				
0164-10				
0165-10				
0166-10				
0167-10				
0168-10				
0169-10				
0170-10				
0171-10				
0172-10				
0173-10				
0174-10				
0175-10				
0176-10				
0177-10				
0178-10				
0179-10				
0180-10				
0181-10				
0182-10				
0183-10				
0184-10				
0185-10				
0186-10				
0187-10				
0188-10				
0189-10				
0190-10				
0191-10				
0192-10				
0193-10				
0194-10				
0195-10				
0196-10				
0197-10				
0198-10				
0199-10				
0200-10				
0201-10				
0202-10				
0203-10				
0204-10				
0205-10				
0206-10				
0207-10				
0208-10				
0209-10				
0210-10				
0211-10				
0212-10				
0213-10				
0214-10				
0215-10				
0216-10				
0217-10				
0218-10				
0219-10				
0220-10				
0221-10				
0222-10				
0223-10				
0224-10				
0225-10				
0226-10				
0227-10				
0228-10				
0229-10				
0230-10				
0231-10				
0232-10				
0233-10				
0234-10				
0235-10				
0236-10				
0237-10				
0238-10				
0239-10				
0240-10				
0241-10				
0242-10				
0243-10				
0244-10				
0245-10				
0246-10				
0247-10				
0248-10				
0249-10				
0250-10				
0251-10				
0252-10				
0253-10				
0254-10				
0255-10				
0256-10				
0257-10				
0258-10				
0259-10				
0260-10				
0261-10				
0262-10				
0263-10				
0264-10				
0265-10				
0266-10				
0267-10				
0268-10				
0269-10				
0270-10				
0271-10				
0272-10				
0273-10				
0274-10				
0275-10				
0276-10				
0277-10				
0278-10				
0279-10				
0280-10				
0281-10				
0282-10				
0283-10				
0284-10				
0285-10				
0286-10				
0287-10				
0288-10				
0289-10				
0290-10				
0291-10				
0292-10				
0293-10				
0294-10				
0295-10				
0296-10				
0297-10				
0298-10				
0299-10				
0300-10				
0301-10				
0302-10				
0303-10				
0304-10				
0305-10				
0306-10				
0307-10				
0308-10				
0309-10				
0310-10				
0311-10				
0312-10				
0313-10				
0314-10				
0315-10				
0316-10				
0317-10				
0318-10				
0319-10				
0320-10				
0321-10				
0322-10				
0323-10				
0324-10				
0325-10				
0326-10				
0327-10				
0328-10				
0329-10				
0330-10				
0331-10				
0332-10				
0333-10				
0334-10				
0335-10				
0336-10				
0337-10				
0338-10				
0339-10				
0340-10				
0341-10				
0342-10				
0343-10				
0344-10				
0345-10				
0346-10				
0347-10				
0348-10				
0349-10				
0350-10				
0351-10				
0352-10				
0353-10				
0354-10				
0355-10				
0356-10				
0357-10				
0358-10				
0359-10				
0360-10				
0361-10				
0362-10				
0363-10				
0364-10				
0365-10				
0366-10				
0367-10				
0368-10				
0369-10				
0370-10				
0371-10				
0372-10				
0373-10				</td

Proposed rules would add a new category of documents to the FOIA, called "records of substantial value." These records would be subject to disclosure under the FOIA if they are "used or intended for use in the administration of a program or activity of the agency." The proposed rule also would expand the definition of "records" to include "any material, regardless of physical form, which is used or intended for use in the administration of a program or activity of the agency."

Oi

TELEMAR NORTE LESTE 1A
CNPJ: 33.000.118/004-77 - INSC. ESTADUAL: 101.2.345-4
RUA JOAQUIM FELIPE, 66 - RECIFE - PE CEP: 5000-000
MATRIZ CNPJ: 33.000.118/001-75

|||||

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

Referência

SETEM