



21/07/2020

Número: **0010428-09.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 3ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **21/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.087,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
SIMIAO MARIANO DOS SANTOS (AUTOR)		RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64983492	21/07/2020 10:07	ANEXO 2	Outros (Documento)

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: 19/09/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS

BANCO: 237

AGÊNCIA: 01344-7

CONTA: 000000009350-5

Nr. Autenticação

BRADESCO1909201905000000000023701344000000009350236250 PAGO



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190511774 **Cidade:** Orobó **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS **Data do acidente:** 22/05/2019 **Seguradora:** COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSO). ALTA MÉDICA. P1

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR 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 DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR 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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

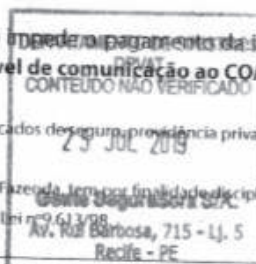
<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.



Pelo exposto, eu ADRIANA MARIAMORA DE ARAUJO inscrita (a) no CPF 945234444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário SIMILAO MARIANO DOS SANTOS inscrito (a) no CPF sob o Nº 711301954 / 49, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima SIMILAO MARIANO DOS SANTOS, inscrito (a) no CPF sob o Nº 711301954 / 49, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>RUA JOAO BATISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CASA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750000</u>
Email <u>aseguros1994@yahoo.com.br</u>		Telefone comercial (DDD) <u>(81) 97001998</u>	Telefone celular (DDD) <u>(81) 81335022</u>

SURUBIM/PE 22 de JULHO de 2019
Local e Data

Adriana M. M. de A. Araújo
Assinatura do Declarante

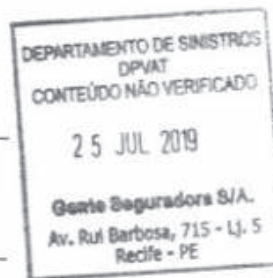
DLDRL.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RUAN DOS SANTOS LIMA,
RG nº 31684080050 data de expedição 20/04/17,
Órgão MT/PE, portador do CPF nº 118.356.584-40, com
domicílio na cidade de OROBO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA PREFEITO JOÃO CIRILO DE MOURA, CENTRO, nº 28,
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima SIMÃO MARIANO DOS SANTOS cujo o condutor era
JOSE RUAN DOS SANTOS LIMA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: HONDA CG 150 TITAN EX
Ano: 2013/2014
Placa: PGN 3187
Chassi: 9C2KC1660E2008934
Data do Acidente: 22/05/2019
Local e Data: OROBO/PE 27/06/19



Assinatura do Declarante

 JOSE RUAN DOS SANTOS LIMA

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Nome: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS (1622616)

Admissão: 314277

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / LAUDO MÉDICO

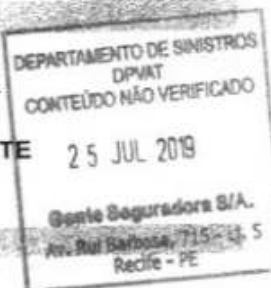
HD:

CID: <<S822>>FRATURA COMINUTIVA DE DISFISE DISTAL DA TIBIA

CIRURGIA REALIZADA:

Admitido no dia 24/05/2019, sendo submetido a tratamento ortopédico em 29/05/2019.

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TIBIA COM PLACA EM PONTE



MÉDICO CIRURGIÃO:

Dr. TARCISIO LYRA DE BRITO

ORIENTAÇÕES:

- 1- CEFALEXINA 500MG - TOMAR 01 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6 EM 6 HORAS POR 7 DIAS;
- 2 - DAPIRONA 500MG - TOMAR 02 COMPRIMIDO POR VIA ORAL DE 6H EM 6H POR 5 (CINCO) DIAS - SE DOR;
- 3 - REALIZAR CURATIVOS DIÁRIOS; RETIRAR PONTOS COM 15 (QUINZE) DIAS;
- 4 - RETORNAR DIA 26/6/19 AS 10 HORAS PARA CONSULTA COM SEU CIRURGIÃO;
- 5 - NECESSITA AFASTAR-SE DO TRABALHO POR 90 (NOVENTA) DIAS.
- 6 - ANDAR COM 2 MULETAS SEM CARGA SOBRE A PERNA OPERADA. INICIAR FISIOTERAPIA APOS RETIRADA DE PONTOS, POREM MOVIMENTAR PREVIAMENTE O MEMBRO OPERADO EM CASA . REQUISIÇÃO DE FISIOTERAPIA EM ANEXO.

ATENÇÃO: QUALQUER ANORMALIDADE RETORNAR NOSSA EMERGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO MÉDICA.

Relatório Emitido Eletronicamente

Data: 29/05/2019 as 11:03

Dr. Tarcísio Lyra
Ortopedia-Traumatologia
CRM/PE - 10.591

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 30/05/2019 14:40

Atendimento: 314277 Entrada: 24/05/2019 Hora: 20:26
Acomodação: LEITO 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Enfermaria: ENFERMARIA 13
Permanência: 5 Dia(s), 18 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 707506213881090

Paciente: 1622616 SIMIAO MARIANO DOS SANTOS
Nascimento: 15/02/1969 (50 Anos e 3 Meses)
Endereço: SÍTIO MARACAJA
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55745-000
Cidade: 2609709 OROBÓ
Pai: SEVERINO MARIANO DOS SANTOS
Mãe: SEVERINA BARBOSA CAMELO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 71130195449
Identidade: 545485587 - SSP - PE
Telefone: / 996927348
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: OROBO-PE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 24/05/2019 - 20:48

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE VEM DO HOF COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Exame físico:

DOR + EDEMA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Prescrição/Conduta:

Horário/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2019
Gestão Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatística
Fone: (81) 3535-2013
Av. Cláudio Campelo, S/N - Moreno-PF

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 30/05/2019 14:40

Atendimento: 314277 Entrada: 24/05/2019 Hora: 20:26
Acomodação: LEITO 04
Plano: SUS - ELETIVAS
Responsável:
Médico Resp: DANIEL SANCHES

Enfermaria: ENFERMARIA 13
Permanência: 5 Dia(s), 18 horas
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 707506213881090

Paciente: 1622616 SIMIAO MARIANO DOS SANTOS
Nascimento: 15/02/1969 (50 Anos e 3 Meses)
Endereço: SÍTIO MARACAJÁ
Bairro: ZONA RURAL C.E.P.: 55745-000
Cidade: 2609709 OROBÓ
Pai: SEVERINO MARIANO DOS SANTOS
Mãe: SEVERINA BARBOSA CAMELO
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.: 71130195449
Identidade: 545485587 - SSP - PE
Telefone: / 996927348
G.Instrução:
Ocupação: AGRICULTOR
Naturalidade: OROBO-PE

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 24/05/2019 - 20:48

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. DANIEL SANCHES CRM 19149)

Queixa do paciente:

PACIENTE VEM DO HOF COM FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Exame físico:

DOR + EDEMA

Hipótese diagnóstica:

FRATURA DOS OSSOS DA PERNA

Prescrição/Conduta:

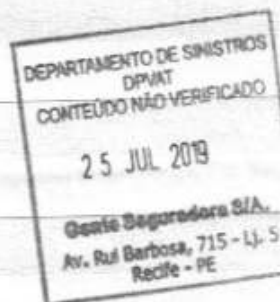
Horário/Checkagem

01 -	INTERNAMENTO	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização)

COMANDA:



Hospital Memorial Armindo Moura
SAME
Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
Fone: (81) 3535-2013
Av. Gláucia Campelo, S/N - Morano-PF

Página 1 de 1





Nome: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS (1622616)

Admissão: 314277

Procedência: ENFERMARIA (PACIENTE INTERNO)

Enfermaria:

Leito: LEITO 04

Unidade de Internação: 013 - Ortopedia/Traumatologia

Data: / /

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que **SIMIAO MARIANO DOS SANTOS** compareceu a esta Unidade de Urgência/Emergência:

CID 10: S822

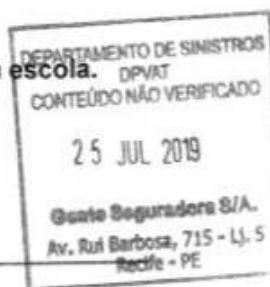
() Em consulta médica no dia de hoje de hora(s) às hora(s).

(X) Necessitando de (15) dia(s) de afastamento do seu trabalho ou escola.

() Como acompanhante.

() Outros.

Eu autorizo a colocação do CID-10: _____



NOTA: Este Atestado é válido para finalidade prevista no art. 27 da CLPS, provada pelo Decreto n. 89.312 de 23/01/84, resolução CFM 1190/84 e Medida Provisória 644/2014 e será expedido para justificativa de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.

Atestado Emitido Eletronicamente

Data: 29/05/2019 às 10:59

TARCISIO LYRA
Ortopedia-Traumatologia
RQE - 10.594

Dr. (a) TARCISIO LYRA DE BRITO

CRM:



Geate Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA SIMILAD MARIANO DOS SANTOS
DATA DO ACIDENTE 22/05/19 CPF DA VÍTIMA 711.301.954-49
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA MRS MOURA DE A. FERNANDES
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL CUIO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É RUA JOAO BATISTA
ENDEREÇO DO PORTADOR CASA BAIRRO CENTRO
Nº 370 COMPLEMENTO CASA UF PE CEP 55750-000
CIDADE SURUBIM
E-MAIL apreguena14@yahoo.com.br TELEFONE (81) 97001998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL E QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 13.947/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- PRazo PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
IDENTIDADE 4810389 SSP/PE
ASSINATURA Adriana M. Moura
ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

25 JUL 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Recife - PE
CEP 50050-000

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 54.548.558-7 SSP/SP - CPF 711.301.954-49
DATA DO ACIDENTE: 22/05/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VÍTIMA: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS
ENDEREÇO: SI MANIBU, 170, ZONA RURAL, OROBÓ - PE

OUTORGADO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2019

Osato Seguradora S/A.
R. 715 - Lj. 5

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.



OROBÓ- PE 19 DE JUNHO 2019

Simião Mariano dos Santos

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)



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 Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190511774

Vítima: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SIMIAO MARIANO DOS SANTOS

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

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

Recebedor: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 237

Agência: 000001344-7

Conta: 000009350-5

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.

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, 03 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190511774

Vítima: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIMIAO MARIANO DOS SANTOS

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,

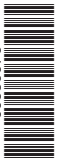
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14939661

Pag. 00151/00152 - carta_01 - INVALIDEZ

00330076





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, 18 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190511774 Vítima: SIMIAO MARIANO DOS SANTOS

Data do Acidente: 22/05/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SIMIAO MARIANO DOS SANTOS

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 13/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 01915/01916 - carta_09 - INVALIDEZ

00050958



Carta nº 15115677





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 71130195449 4 - Nome completo da vítima: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS 6 - CPF: 71130195449
7 - Profissão: REC INF 8 - Endereço: SI MANIBU 9 - Número: 170 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: OROBÓ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55745000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 97001998

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 9350 5 (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) por incapacidade permanente decorrente de acidente de trânsito, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

34

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, OROBÓ/PE 22/07/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



537159 20254677/19
3190448 521



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 121ª CIRCUNSCRIÇÃO - OROBÓ - DP121ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE Ocorrência Nº. **19E0211000354**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/06/2019** às **12:13**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/5/2019** às **06:56**

Natureza Jurídica: **ACIDENTE DE TRANSITO COM VEICULO MOTO**
Fato ocorrido no endereço: **SITIO MONTE ALEGRE, PROXIMO A CAPELA NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OROBO, 1, SITIO MONTE ALEGRE, ZONA RURAL DE OROBO - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA / ESTRADA TERRA PLANAGEM**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA (AUTOR / AGENTE)
SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA**



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

JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TEREZINHA SEVERINA DOS SANTOS** Pai: **OSVALDO GOMES DE LIMA** Data de Nascimento: **3/7/1998** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **11835658440 (CPF)**, **06829803341 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81995705264**

Endereço Residencial: **RUA PREFEITO JOAO CIRILO DE MOURA, 28, CASA - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO A ESCOLA MUNICIPAL PAULO FREIRE**

SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA BARBOSA CAMELO** Pai: **SEVERINO MARIANO DOS SANTOS** Data de Nascimento: **15/2/1969** Naturalidade: **OROBO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **545485587/SSP/PE (RG)**, **71130195449 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81995507266**

Residencial: **SITIO MARACAJÁ, PROXIMO AO BIO AMADOR - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICIPIO DE OROBO, 1, SITIO MARACAJA, ZONA RURAL DE OROBO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - OROBO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROXIMO AO BIO AMADOR**



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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PGN3187** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **689466536** Chassi: **9C2KC1660ER008934**
Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTÁ DELEGACIA DE POLICIA O SR. JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA, QUEIXANDO-SE QUE NO DIA 22 DE MAIO DO CORRENTE ANO, QUANDO TRANSITAVA PILOTANDO SUA MOTO HONDA CG 150 TITAN EX, ANO 2013, MODELO 2014, PLACA PGN 3187, COR PRETA, NO SENTIDO ZONA RURAL / CIDADE, PROXIMO A LAGOA DO SÍTIO MONTE ALEGRE CAIU DA MOTO; QUE ESTAVA NA GARUPA DA MESMA COMO PASSAGEIRO SEU TIO SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS QUE NA QUEDA QUEBROU A PERNA DIREITA; QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU DE OROBO PARA O HOSPITAL GERAL DE LIMOEIRO EM SEGUIDA FOI PARA O HOSPITAL OTAVIO DE FREITAS. DIANTE DO FATO EXPOSTO SOLICITA DA AUTORIDADE POLICIAL AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS QUE O CASO REQUER E ASSUME TODA A RESPONSABILIDADE PELA PRESENTE QUEIXA.

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

JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA
JOSÉ RUAN DOS SANTOS LIMA
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **ERISTON LUIZ DA SILVA** - Matrícula: **3847594**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 71130195449 4 - Nome completo da vítima: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS

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

5 - Nome completo: SIMIÃO MARIANO DOS SANTOS 6 - CPF: 71130195449
7 - Profissão: REC INF 8 - Endereço: SI MANIBU 9 - Número: 170 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: OROBÓ 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55745000
15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (81) 97001998

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 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 (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: BRADESCO

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 1344 7 CONTA: 9350 5 (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) por motivo de ausência de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

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 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, OROBÓ/PE 22/07/2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE OROBÓ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



192

MÉDICO REGULADOR <i>Dr. Rissola</i>			TARM		OPERADOR DE FROTA <i>Edyane</i>	
DATA <i>22/05/19</i>	HORA <i>06:56</i>	ID	Nº OCORRÊNCIA <i>5631,147</i>	UNIDADE MÓVEL <i>U. S.B</i>	BASE DA UNIDADE <i>Samu Orobo</i>	
ENDERECO DA OCORRÊNCIA <i>Sítio monte alegre</i>					Nº <i>S/N</i>	
BAIRRO <i>zona rural</i>			MUNICÍPIO <i>Orobo</i>			
PONTO DE REFERÊNCIA <i>Próximo a capela Senhora da Conceição</i>						
NOME DA VÍTIMA <i>Simão mariano dos Santos</i>					IDADE <i>50</i>	SEXO <i>M</i>
SOLICITANTE/FONE <i>Rodolfo</i>					CARTÃO DE SAÚDE - SUS	

QUEIXA <i>Fratura Fechada</i>						
Comunicação	Saída da base <i>06:56</i>	Chegada no local <i>06:59</i>	Saída do local <i>07:09</i>	Chegada no destino <i>07:35</i>	Saída no destino <i>08:40</i>	Chegada na base <i>09:20</i>

☐ Orientação ☒ Transporte ☐ Transferência ☐ Cancelada antes da regulação ☐ Local não encontrado ☐ Cancelada

☐ Transf. (senna)

Tipos de lesões:

☒ Acidente Trânsito: *motocicleta*

☐ Pedestre

☐ Condutor do veículo

☒ Passageiro do veículo

☐ Agressão

☐ Clínico

☐ Desabamento/Soterramento

Antecedentes:

☐ AIDS

☐ Alergia

☐ AVC

☐ Cirurgias Realizadas

Exame Clínico:

Principais sintomas / Queixas

☐ Agitação/agressividade

☐ Alergia

☐ Ausência do pulso

☐ Cianose

Início dos Sintomas:

☒ Manos de 1 hora

☐ 1 a 3 horas

☐ Mais de 4 horas

☐ Mais de 24 horas

☐ Não sabe

Dados Vitais:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2019
Conta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
12 AGO 2019
Conta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início	<i>06:30 120x80</i>	<i>61</i>	<i>101</i>	<i>36.50</i>	<i>127</i>	<i>99</i>	<i>15</i>
Fim	<i>08:40 120x80</i>	<i>62</i>	<i>101</i>	<i>36.50</i>	<i>120</i>	<i>89</i>	<i>15</i>

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

☒ Livre

☐ Obstrução Parcial

☐ Total

☐ Corpo Estranho

☐ Bronco Aspiração

☐ Edema de Glote

☐ OBS

Achados ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucosa/purulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outros

Respiração/Ventilação:

☐ Espontânea

☐ Parada Respiratória

☐ Assintomática

☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

☐ Normal

☐ Roncos/sibilos

☐ Estertores

☐ Diminuição MV

☐ Ausência MV

Exame Fisiológico:

☐ Normal

☐ Superficial

☐ Regular

☐ Irregular

CIRCULAÇÃO

☒ Pele

☐ Cianose

☐ Fria

☐ Úmida

☐ Normal

☐ Palidez

☐ Quente

☐ Seca

☐ Outros:

☒ Edema

☐ Ausente

☐ Palpável

☐ M. inferiores

☐ Anasarca

☐ Perfusão

☐ Normal

☐ Retardada

☐ Ausente

☐ Pulso

☐ Regular

☐ Irregular

☐ Fino

☐ Chelo

☐ Ausente

☐ Ausculta

☐ Normal

☐ Hipofonose

☐ Aberto pericárdio

☐ Arritmias

☐ Sopros

☐ ECG

☐ Normal

☐ Alterado

☐ Não realizado

Principais lesões	Crânio	Face	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS					MI				
								E	D	E	D	E	D	E	D	E	D
Ampulação																	
Contusão																	
Escarificação																	
Emagrecimento																	
Perfurante																	
Contuso																	
Frat. Fechada																	
Frat. Aberta																	X
Aceleração																	
Locação																	
Quemadura %																	

OBSERVAÇÕES

lesão com
uma fratura
em MID
queimado, concute

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Contusão
☐ Convulsão
☐ Otorragia Direita

- ☐ Otorragia Esquerda
☐ Sinal Battle Direito
☐ Sinal Battle Esquerdo
☐ Sinal de Guadagnin direito
☐ Sinal de Guadagnin esquerdo
☐ Rigidez de nuca
☐ Afasia

- ☐ Miose Direita
☐ Miose Esquerda
☐ Midriase Direita
☐ Midriase Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paresia
☐ Anestesia

- ☐ Parostesia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reagente
☐ Pupila não reagente
☐ Outros:

SEGMENTO:

Pescoço:

- ☐ Turgência jugular
☐ Enfisema subcutâneo
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Doloroso/Defesa
☐ Esplenomegalia
☐ Hepatomegalia
☐ Irritação peritoneal
☐ Normal
☐ Outros

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Cistite Direita
☐ Hematúria
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ 3-5 cont/10m ☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont/10m ☐ 1-3 cont/10m ☐ 3-5 cont/10m ☐ Bolsa rota ☐ Sanguinamento ☐ Nascimento

- ☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasotraqueal
☐ Cânula Orofaríngea
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Ambu
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentese cl Agulha Direita

APGAR:

- ☐ Toracocentese c/agulha serrilhada
☐ Drenagem Torácica Direita
☐ Drenagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa Periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Vesical
☐ Sedação
☐ Imobilização Membros
☐ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Traqueostomia
☐ Monitoração cardíaca
☐ Outros

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
Oximetria

12 AGO 2019

Genís Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Reposição Volêmica	Volume	Medicações	Dose	Via
Ringer lactado				
Sol. fisiológico 0,9%				
Sol. Glicosado 0,5%				
Outros				

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR:

MUNICÍPIO:

INTERCOMUNICAÇÃO:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
Pereira		Guimarães	Beauregard

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU 1º MACRO REGIÃO METROPOLITANA, nesta oportunidade:

RG ou CPF:

Assinatura:

