

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 04/05/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 01361-7

CONTA: 000010046405-X

Nr. da Autenticação C4FB8F32B1D57D98

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200151992 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA **Data do acidente:** 04/05/2017 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE ACETÁBULO E ÍSQUIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA. PÁG 10/18/30/38

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE QUADRIL 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 DE QUADRIL 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 quadril	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Hospital Base de Luanda - SUS/PE

SUMÁRIO DE ALTA CLÍNICO / CIRÚRGICO / OBSTÉTRICO

Nome: Isabelle Francisco da Silva Prontuário: 8561194
Data de nascimento: 21/09/1986 Clínica: Ginecologia - AR
Data de Admissão: 04/05/17 Data de Alta: 29/05/17

Resumo da Internação: GSP2A2 / IG = 26mm 3d (DVM)
Anteriormente admitida no SUS no dia 04/05/17 com
lesão lútrica de acidente automobilístico. Foi submetida
a exame de imagem e avaliação da tomografia
de cabeça. Com diagnóstico de fratura de tálus de
ambos os pés com uso de gipsos. Foi acompanhada
diariamente pela enfermagem. Foi realizada
exatidão de exames laboratoriais, com resultados
dentro da normalidade. Foi realizada a alta com
medicação e orientações.
De posse do diagnóstico, paciente deu o alta, com
exatidão de exames laboratoriais, com resultados
dentro da normalidade. Foi realizada a alta com
medicação e orientações.

Diagnóstico: IG = 26mm 3d (DVM) 25mm 3d USG 2T.
25/05/17 → HMG = 1100 = M 680 / 48 = 11,2 / seg = 76. / Prog = 258
PC2 = 0,35.
CS = HMG = A + / Troveta = negativa / SI = 3 luas P/C
CHV = IGM = 0,26 (N reagente) / Tubo IG = Reagente
IGG = Reagente
Toxo plasm: Reagente / IGM = N reag / Ant. HBS = Reagente
Examen Rot. PE: BT = 0,62 / BD = 0,25 / BI = 0,38 / CO = 16
TGP = 14 / GAT = 0,4 / W2 = 20 / A2 W2 = 3,4
15/05 USG 2T = Prog = 258g / EA = NL / BCF = 159 / Pico = 159

Tratamento Cirúrgico:

Cirurgia(s) Realizada(s)

Cirurgião(s) Responsável(is):

05.802.494/0001-31
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

11 JUN 2018

Rua da Aurora, 1175 - 51.901-910
Recife - PE - 51.901-910

Condições Clínicas na Alta:

Alta em boas condições clínicas, orientada, com
orientações de cuidados e internação.

Medicações e Orientações:

1) Sintomáticos

2) Do Ambulatório de Endocrinologia

3) Infusão de Oxigênio (via de porta)

Encaminhado para:	Enfermaria ()	Data:
	Ambulatório de Egresso ()	Data:
	Ambulatório de Especialidade ()	Data:
	PSF ()	Data:
	Outro:	Data:

Data:

Assinatura e Carimbo
05.802.4-1
TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

05.802.4-1
TRACÃO CORRETORES
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2010
Rua da Aurora, 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010



INTERNACÃO EM OBSTETRICIA

DATA: 04/05/17.

HORA: 05h.

CNS: 898002326913002

Atendimento: 838874

8586194 JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Nasc.: 21/09/1986 Idade: 30 GÊNERO: FEMININO

Cor: PARDA Escolaridade: FUNDAMENTAL 5A A 8A COM

Mãe: VANDETE MARIA DA SILVA

End.: RUA LAJES

Bairro: SAN MARTIN Cidade: RECIFE

Nº 49

Telefone: 5581985644713 S. Conjugal:

Clinica: CENTRO OBSTETRICO Leito: COB - 16

GESTA 05. PARA 02 ABORTO 02 NÚMERO DE FILHOS VIVOS 02

PARTOS NORMAIS 00 PARTOS CESÁREAS 02 INDICAÇÃO

GAIM 1 1 IG 5 d (DUM) IG 26 6275 d (USG CORRIGIDA de 5 d)

COMORBIDADES NESSA GESTAÇÃO:

PROCEDÊNCIA: () RESIDÊNCIA () TRANSFERIDA DE

SENHA

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL Paciente refere dor abdominal direita pós acidente automobilístico. Apresenta ferimentos superficiais na Abdominal sem necessidade de sutura. Apresenta-se consciente e orientada, e não apresenta sangramento vaginal. Refere dor e mobilização de mamas.

PRÉ-NATAL (X) SIM () NÃO NÚMERO DE CONSULTAS Inferior a cinco

EXAME FÍSICO

ESTADO GERAL: () BOM (X) REGULAR () GRAVE MUCOSA: (X) CORADA (X) HIPOCORADA 1+/4

HIDRATADA (X) DESIDRATADA 1+/4 (X) ANICTÉRICA () ICTÉRICA 1+/4 (X) AFEBRIL () FEBRIL °C

(X) ACIANÓTICA () CIANÓTICA 1+/4 EDEMA - 1+/4 em

(X) CONSCIENTE () INCONSCIENTE (X) ORIENTADA () DESORIENTADA

GLASGOW 15.802.494/0001-41

100 x 70 MMHG PROTEINÚRIA DE FITA 1+/4

CEFALEIA () EPIGASTRALGIA () NÁUSEAS () VÔMITOS () TRANSTORNOS VISUAIS

(X) NEGA QUEIXAS DE IMINÊNCIA DE ECLÂPSIA

CV FC: 120

AR

Fe: 24-28

14 JUN 2018
Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL C
Belo Horizonte - MG 31060-010
RECIFE-PE

EXAME OBSTÉTRICO / GINECOLÓGICO

25 cm Nº DE CONTRAÇÕES UTERINAS 0 de seg em 10 min

TÔNUS UTERINO () FISIOLÓGICO () AUMENTADO BCF 160 bpm DESACELERAÇÕES () NÃO () DIP I () DIP II () DIP III

POSICÃO () DIR (X) ESQ SITUAÇÃO () LONG () TRANSV APRESENTAÇÃO () CEF () PÉLV () CÔRMICO () OUTRA

TOQUE VAGINAL: COLO DILATADO 10 cm APAGADO %

INSINUAÇÃO () ALTO E MÓVEL () FIXO () INSINUADO PLANO Hodge / De Lee

MEMBRANA AMNIÓTICA () ÍNTEGRA () ROTA () DÚVIDA LÍQUIDO AMNIÓTICO: () CLARO () MECONIZADO 1+/4 () HEMODÂMNIO

EXQUE VAGINAL DE PACIENTE NÃO GRÁVIDA

EXAME ESPECULAR

OUTROS ACHADOS RELEVANTES

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA 1) GUTP 26/275 2) Trauma Abdominal Fechado

DESTINO () SALA DE PARTO () ALTO RISCO () COB () JUTI () OUTROS 3) Leito em Sala de Parto

EXAMES SOLICITADOS 1) Solução fígado da urina com 2) Presença de CE

MÉDICO (CARIMBO + ASSINATURA)

GUIA DE TRANSFERÊNCIA DE PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE DE ORIGEM: Bene

DESTINO: Barão

SENHA: 5160688 HORA: 3:15h

NOME: Josiane Francisco da S. IDADE: 30

RAÇA/COR: () Parda () Branca () Preta () Amarela () Indígena

GESTA: 5 PARA: 2 DUM: 23/11/17 ID. GEST.: 263m

HDA: Paciente alcoolizada, chega após acidente de carro. Queixa-se de dor na região da abdominal
região perdores inguinais. Abdominal a dor

AO exame: BCF, 160bpm, queixas de dor
de abdômen, capnêica AR e ACU 2m alt. FC: 100bpm

FR: 24rpm ABD quadrado, sem distensão
cuti leve = sem cont. contuse, superficial, AFU: 28cm.

Exame obstétrico: BCF: 160bpm, dor na região
EXAME OBSTÉTRICO: E de dor, principalmente em FD e
PA: 100x70 DU: 0 TÔNUS: 160 BCF: 160

APRESENTAÇÃO: DILATAÇÃO: fechada

APAGAMENTO: MEMBRANAS:

HD: 026UTPT 26,3m (DUM) + acidente de carro +

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: dor abdominal

* Jato SFSI EU + bursopon

simples

05.802.194/0001-43

TRACÃO CORRETORA

DE SEGUROS LIDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 DE C

Bom Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE

DATA: 04/05/17

HORA: 03:15h

MÉDICO

DATA: 15/05/17	REAValiação NUTRICIONAL (1):	
HORA:	IG: 24 Peso (Kg): 77,8 Edema: - IMC (Kg/m2): 30,77	
	Classificação: <u>Sobrepeso</u>	Ganho Ponderal: -
CONDUTA NUTRICIONAL:	Paciente com boa oscilação e com função intestinal regularizada. Conduta mantida.	
		

DATA: 22/05/17	REAValiação NUTRICIONAL (2):	
HORA:	IG: 25 Peso (Kg): 76,6 Edema: - IMC (Kg/m2): 30,30	
	Classificação: <u>Sobrepeso</u>	Ganho Ponderal: -
CONDUTA NUTRICIONAL:	Paciente sem quixar. Conduta mantida.	
		

DATA:	REAValiação NUTRICIONAL (3):	
HORA:	IG: _____ Peso (Kg): _____ Edema: _____ IMC (Kg/m2): _____	
	Classificação: _____	Ganho Ponderal: _____
CONDUTA NUTRICIONAL:	05.802.494/0001-41 TRACÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA 14 JUN 2018 Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C Boa Vista - CEP 50.060-010 RECIFE-PE	

DATA:	REAValiação NUTRICIONAL (4):	
HORA:	IG: _____ Peso (Kg): _____ Edema: _____ IMC (Kg/m2): _____	
	Classificação: _____	Ganho Ponderal: _____
CONDUTA NUTRICIONAL:		



Paciente:	Josiane Francisco da Silva	Leito:	501-3	Data:	09/05/17
Prontuário:	8586194	Idade:	30		
Diagnóstico:	Fratura de quadril	PPG:	72 kg	Hora:	

PATOLOGIAS ASSOCIADAS:

() DM () Hipertensão () Anemia (X) Outras: Nenhuma

ALERGIA OU INTOLERÂNCIA ALIMENTAR:

(X) Não () Sim Qual(is):

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

QUEIXAS DIGESTIVAS:

() Azia () Náuseas/Vômitos () Inapetência () Gases (X) Outras: Nenhuma

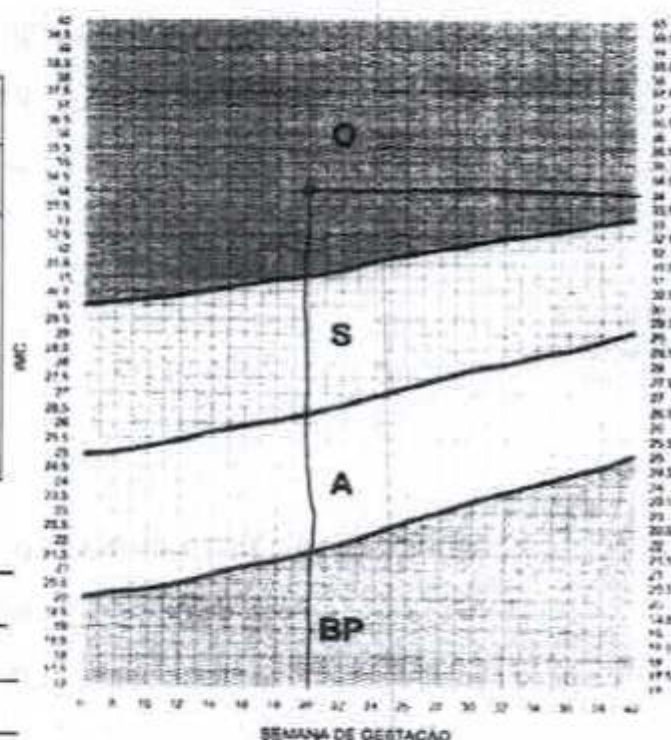
FUNÇÃO INTESTINAL:

() Regular () Diarreia (X) Constipação Obs:

14 JUN 2018

Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante
Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação



AValiação Nutricional de Admissão

Altura (m):	1,59	IG:	20	Edema:	-
Peso (Kg):	(94) 86,0	Perda de Peso:	-		
IMC (Kg/m ²):	34,02	MUST*:	00	Reavaliação:	
Classificação:	Obesidade	Classificação:	Baixo Risco	() Semanal	
				() 3/3 dias	

*(adaptação BAPEN, 2013)

OBSERVAÇÕES GERAIS:

CONDUTA NUTRICIONAL:

BP Baixo Peso A Adequado S Sobrepeso O Obesidade

Fonte: ALAN, 1995, modificado

Outubro 2002

foi observado a perda de peso devido ao quadro de constipação (há 6 dias). Segue em acompanhamento. Não será possível acompanhar estado nutricional devido a impossibilidade de alimentação.

(Assinatura)



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA
LAUDO P/ EMISSÃO DE AIN NOS HOSPITAIS PÚBLICOS
HOSPITAL BARÃO DE LUCENA AIN N°

NOME DO PACIENTE		Nº PRONTUÁRIO	
ENDEREÇO		MUNICÍPIO	
CEP	DATA DE NASCIMENTO	SEXO	CONDIÇÃO
		Masculino [1] Feminino [3]	Seg. [2] Cong. [4] Fino [6] Outro Dep. [8]
NOME DO SEGURADO			
CIC Do Médico Solicitante	VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		CID do Médico Responsável
	Empregado [] Desempregado [] Aposentado [] Não Segurado []		
DIAGNÓSTICO INICIAL			CID
PROCEDIMENTO SOLICITADO			CÓDIGO
PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO			☐ USO DE PRÓTESE ORTESE
☐ DIÁRIA DE UTI			☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO
☒ DIÁRIA DO ACOMPANHANTE			☐ USO DE OXIGENADORES
☐ VACINA ANTI RH			☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL
DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ESPECIAIS			
RESUMO DE INTERNAÇÃO			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL			
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO			
MOTIVO DA ALTA			
DATA DE INTERNAÇÃO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO	

ESPECIFICAÇÃO DOS EXAMES REALIZADOS

0202010004	✓
0202010051	✓
0202010043	✓
0202010340	✓
0202010317	✓
0202010070	✓
0202010201	✓
0202010120	✓
0202020370	✓
020200023	08
0205020143	04

05.802.404/0001-41
 TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2019
 Rua da Aurora, 1175, 9.902 BL. C
 Boa Vista - CEP 55070-000
 RECIFE-PE

OUTROS PROCEDIMENTOS

Dr. Edilberto

Impresso de Unas 006

ATA 2905, 2017

DATA 2905, 17

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASSINATURA DO CHEFE DA CLÍNICA

Condições Clínicas na Alta:

Após 2011, com condições clínicas orientadas, com
orientações de cuidados e assistência

Medicações e Orientações:

1) Antidepressivo

2) Do antidepressivo de Farmacologia no ser

3) Antidepressivo. Orientação (via de parto)

Encaminhado para:	Enfermaria ()	Data:
	Ambulatório de Egresso ()	Data:
	Ambulatório de Especialidade ()	Data:
	PSF ()	Data:
	Outro:	Data:

Dr. José Antônio
Mendes
CRM - PE 23.006

Data:

Assinatura e Carimbo

05.802.494/0001-41
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS EFDA
14 JUN 2019
Rua da Aurora, nº 175, 51.902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

**DECLARAÇÃO BASEADA EM DADOS CONTIDOS EM
PRONTUÁRIO ARQUIVADO NO SAME - HBL .**

**RESPONDENDO À SOLICITAÇÃO DA SRA JOSEANE
FRANCISCO DA SILVA , ANALISANDO DADOS
CONTIDOS NO PRONTUÁRIO 8586194 PERTENCENTE
À MESMA , CONSTATAMOS QUE A PACIENTE
ESTEVE INTERNADA NESTE SERVIÇO ENTRE OS
DIAS 04/05/2017 A 29/05/2017 , PROCEDIMENTOS
0303100044 , CID 10 071.9 + 099.8 .**

RECIFE, 10/07/2017 .

05.802.494/0001-41
TRACÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.065-010
RECIFE-PE

José Bastos Filho
Médico
CRM - 7130

ALICATAMENTO GERAL DO BRASIL

7.422.789 03/07/2007

<< JOSEANE FRANCISCO DA SILVA >>

<< SEVERINO FRANCISCO DA SILVA >>

<< VANDETE MARIA DA SILVA >>

IGARASSU - PE 21/09/1986

<< CN 24587-LB7-F 168-CART. SEDE

IGARASSU-PE-17.10.1991 >>

067.955.344-00

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

1 A JUN 2013

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP 50.060-010
RECIFE-PE

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
 Nacionalidade: BRASILEIRA Estado civil: SOLTEIRA
 Profissão: ADIAR
 Identidade: 7422.789 CPF: 067.956.344-00
 Endereço: RUA HENRIQUE DIAS, 226 ITOARAU - PE

OUTORGADO:

Nome: LUZIMAR DA SILVA OLIVEIRA
 Nacionalidade: BRASILEIRO Estado civil: DIVORCIADO
 Profissão: AUTOMOTIVO
 Identidade: 10.151.893 CPF: 406.013.406.63
 Endereço: R. BOA SORTE, 812 - APT. 101 - A. LIMA - PE

05.802.494/0001-41

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, referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT.

14 JUN 2018

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C
 Boa Vista - CEP 50.060-010

ABREU LIMA 1805.18

LOCAL E DATA:



JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Cartório Alfredo Mariano TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTO

RECONHECIMENTO POR AUTENTICIDADE a firma de JOSEANE FRANCISCO DA SILVA, nomeio e constituo, em 14/06/2018, as 12:02:12, em instrumento de escritura, Empenho: R\$ 3,00, ISM: R\$ 0,00, total: R\$ 3,00, Nº 3-95287

Alfredo Mariano

Principia Alas e... Escrivão... E PROTESTO



Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151992

Vítima: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 08 de Maio de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200151992

Vítima: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Data do Acidente: 04/05/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

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\$ 843,75

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

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 001

Agência: 000001361-7

Conta: 000010046405-X

Tipo: CONTA POUPANÇA

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



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 PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPF da Vítima

067.955.344-00

Nome completo da vítima

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo JOSEANE FRANCISCO DA SILVA		CPF titular da conta 067.955.344-00	Profissão DO LAR
Endereço RUA HENRIQUE BIAL		Número 226	Complemento
Bairro LDT. ARAMENON	Cidade IDARAISUL	Estado PE	CEP 53.640-578
Email		Telefone (DDD) 81-98304 8580	

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

☐ BRADESCO (237) ☒ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA: 1361. DIV: 7 CONTA: 46405 INV: 8
(informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO: NOME: NPO: 05.802.494/0001-41
 AGÊNCIA: DIV: 1361.494/0001-41
 DE SEGUROS LTDA
(informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na conta bancária informada. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE

IDARAISUL 11 de 06 de 18
 Local e Data

JOSEANE FRANCISCO DA SILVA
 Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

JOSANE FRANCISCO DA SILVA

CPF da Vítima

067.955.344-00

Data do Acidente

04.05.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

E-mail

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinar uma das opções abaixo:

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

- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícia com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Josane Francisco da Silva, 11 de 06 de 18

Local e Data

Josane Francisco da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

05.802.494/0001-41
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 JUN 2018

Rua da Aurora, nº 175, SL 302 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.065-010
RECIFE-PE

DA Nº. 012.04.2018
EM: 09.04.2018

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **JOSEANE FRANCISCO DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **7422789** SDS/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **067.956.344-00**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-327407**, que no dia 04 de maio de 2017, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, por volta das 01h22, vítima envolvida em colisão entre automóvel com poste, na Avenida Caxangá, imediações ao Colégio CFI, Caxangá, Recife/PE e, em seguida, encaminhada à Policlínica Arnaldo Marques e, posteriormente, redirecionada para o Hospital Barão de Lucena, Recife, 09 de abril de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sergio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife