

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200116089

Vítima: VALMIR DA SILVA ANDRADE

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAFAELA MARIA DA SILVA

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto, sem abreviações e/ou rasuras, de todos os campos dos Dados Cadastrais, pois o entregue está incompleto.
---------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200116089

Vítima: VALMIR DA SILVA ANDRADE

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), RAFAELA MARIA 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, 31 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200116089 Vítima: VALMIR DA SILVA ANDRADE

Data do Acidente: 18/10/2019 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), RAFAELA MARIA DA SILVA

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

Documentação médico-hospitalar	Apresentar a cópia simples da ficha médica do centro cirúrgico, com a descrição do procedimento cirúrgico realizado, materiais utilizados e folha do anestesista, pois não foi entregue. A documentação médica deverá conter a identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis.
--------------------------------	--

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

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

Atenciosamente,
Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 23 de Abril de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200116089

Vítima: VALMIR DA SILVA ANDRADE

Data do Acidente: 18/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), RAFAELA MARIA 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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: RAFAELA MARIA DA SILVA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000003217-4

Conta: 0000033140-6

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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



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:

4 - Nome completo da vítima:

Valomir da Silva Andrade

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

5 - Nome completo:

Valomir da Silva Andrade

6 - CPF:

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Av. Dr. Sotônio Pastels

9 - Número:

3689

10 - Complemento:

—

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Marema

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54800000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 988484793

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:

Rafaela Maria da Silva

18 - CPF do Representante Legal:

70055681417

19 - Profissão do Representante Legal:

Do lar

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 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 (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:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 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 nascituro (vai 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife, 13/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

Valomir da Silva Andrade

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

5 - Nome completo:

Valomir da Silva Andrade

7 - Profissão:

Estudante
Centro

8 - Endereço:

R. Dr. Sotônio Pastelo

6 - CPF:

8689

11 - Bairro:

12 - Cidade:

Moreno

9 - Número:

10 - Complemento:

15 - E-mail:

13 - Estado:

14 - CEP:

54800000
(81) 988484793

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

17 - Nome completo do Representante Legal:
Rafaela Maria da Silva

18 - CPF do Representante Legal:
70055681417

19 - Profissão do Representante Legal:

Do lar

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 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para as bancas 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:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado

24 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Filho ☐ Irmão ☐ Outros

25 - Grau de Parentesco com a vítima: ☐ Mãe ☐ Pai ☐ Filho ☐ Irmão ☐ Outros

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: ☐ Falecidos: ☐

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ 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 - Informação digital de quem assina a pedido (a rogo):

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo):

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo):

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo):

38 - 1ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha:

39 - 2ª Nome: CPF:

Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: Recife, 13/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declaração):

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):

43 - Assinatura do Procurador (se houver):

581996
0091998/20

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0110000851**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/03/2020** às **08:21**

Complementa o BO Número: **20E0110000850**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **18/10/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE MORENO, 1, RUA ALTO DO SOL NOCENTE, CENTRO DE MORENO - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEYVYD SANTANA DOS SANTOS ARAUJO (AUTOR \ AGENTE)
RAFAELA MARIA DA SILVA (NOTICIANTE)
JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS (OUTRO)
V.D.S.A. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS

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

V.D.S.A. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **RAFAELA MARIA DA SILVA** Pai: **ALMIR FELIX DE ANDRADE** Data de Nascimento: **3/3/2010** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **AVENIDA DOUTOR SOFRONIO PORTELA, 3689 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

RAFAELA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **SEVERINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Pai: **LUIZ ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **20/10/1972** Naturalidade: **MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR**
Endereço Residencial: **AVENIDA DOUTOR SOFRONIO PORTELA, 3689, CENTRO DE MORENO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SEPARADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**

DEYVYD SANTANA DOS SANTOS ARAUJO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: **NAO INFORMADA** Naturalidade: **MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**

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

VEICULO OTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **0 (UNIDADE)**

Descrição: **MOTOCICLETA YAMAHA , YBR 125, COR AZUL, ANO 2000, PLACA KMC 0819, DE PROPRIEDADE DE JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS.**

Complemento / Observação

INFORMOU A NOTICIANTE QUE O SEU FILHO MENOR DE IDADE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA /YBR 125, COR AZUL PLACA KMC 0819, DE PROPRIEDADE DE JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS, QUE ESTAVA SENDO PILOTADA NA OCASIAO POR DEYVYD SANTANA DOS SANTOS ARAUJO E AO PASSAR PELA A RUA QUE É DE BARRO O MESMO SE DESEQUILIBROU E DERRAPOU COM A MOTOCICLETA , NA OCASIAO O MENOR VALMIR DA SILVA ANDRADE CAIU AO CHAO, DE IMEDIATI FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA CONFORME O ATENDIMENTO SE Nº 327755, CAUSANDO NO MENOR UMA FRATURA DE RADIO DIREITO, O MESMO FOI MEDICADO E EM SEGUIDA FOI LIBERADO PARA SUA RESIDENCIA, PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAI.

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

Rafaela maria da Silva
RAFAELA MARIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARIO PEREIRA DA SILVA** - Matrícula: **1200844**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 020ª CIRCUNSCRIÇÃO - JABOATÃO DOS GUARARAPES -
DP20ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0110000850**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **12/03/2020** às **08:12**

Complementado pelo BO Número: **20E0110000851**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **18/10/2019** no período da **Manhã**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE MORENO, 01, RUA ALTO DO SOL NOCENTE, CENTRO DE MORENO** - Bairro: **CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS (AUTOR \ AGENTE)
RAFAELA MARIA DA SILVA (NOTICIANTE)
V.D.S.A. (Menor de Idade) (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Produto de crime contra o patrimônio) , que estava em posse do(a) Sr(a): JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS

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

V.D.S.A. (Menor de Idade) (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **RAFAELA MARIA DA SILVA** Pai: **ALMIR FELIX DE ANDRADE** Data de Nascimento: **3/3/2010** Naturalidade: **VITORIA DE SANTO ANTAO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Profissão: **ESTUDANTE**
Endereço Residencial: **AVENIDA DOUTOR SOFRONIO PORTELA, 3689 - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

RAFAELA MARIA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **SEVERINA JOSEFA DA CONCEIÇÃO** Pai: **LUIZ ANTONIO DA SILVA** Data de Nascimento: **20/10/1972** Naturalidade: **MORENO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **DO LAR**
Endereço Residencial: **AVENIDA DOUTOR SOFRONIO PORTELA, 3689, CENTRO DE MORENO - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - MORENO/PERNAMBUCO/BRASIL**

JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SEPARADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**

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

VEICULO OTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a) Sr(a): **JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE)**

Descrição: **MOTOCICLETA YAMAHA , YBR 125, COR AZUL, ANO 2000, PLACA KMC 0819, DE PROPRIEDADE DE JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS.**

Complemento / Observação

INFORMOU A NOTICIANTE QUE O SEU FILHO MENOR DE IDADE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA YAMAHA /YBR 125, COR AZUL PLACA KMC 0819, DE PROPRIEDADE DE JEFFERSON SANTANA DOS SANTOS, QUE ESTAVA SENDO PILOTADA NA OCASIAO POR DEYVYD SANTANA DOS SANTOS ARAUJO E AO PASSAR PELA A RUA QUE É DE BARRO O MESMO SE DESEQUILIBROU E DERRAPOU COM A MOTOCICLETA , NA OCASIAO O MENOR VALMIR DA SILVA ANDRADE CAIU AO CHAO, DE IMEDIATI FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL ARMINDO MOURA CONFORME O ATENDIMENTO SE Nº 327755, CAUSANDO NO MENOR UMA FRATURA DE RADIO DIREITO, O MESMO FOI MEDICADO E EM SEGUIDA FOI LIBERADO PARA SUA RESIDENCIA, PELO EXPOSTO PEDE PROVIDENCIAS POLICIAL.

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

Rafaela Maria da Silva
RAFAELA MARIA DA SILVA
(NOTICIANTE)

B.O. registrado por: **MARIO PEREIRA DA SILVA** - Matrícula: **1200844**

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:

4 - Nome completo da vítima:

Valomir da Silva Andrade

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

5 - Nome completo:

Valomir da Silva Andrade

6 - CPF:

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Av. Dr. Sotônio Pastels

9 - Número:

3689

10 - Complemento:

—

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Marema

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

54800000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

(81) 988484793

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:

Rafaela Maria da Silva

18 - CPF do Representante Legal:

70055681417

19 - Profissão do Representante Legal:

Do lar

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 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 (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:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

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 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 nascituro (vai 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data,

Recife, 13/03/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Atendimento: 327755 Entrada: 18/10/2019 Hora: 07:33
Plano: SUS - DEMANDA
Responsável:
Médico Resp: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Saída: 18/10/2019 Hora: 22:41
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898003475189773

Paciente: 1615324 VALMIR DA SILVA ANDRADE
Nascimento: 03/03/2010 (9 Anos e 10 Meses)
Endereço: RUA QUATORZE DE JULHO
Bairro: PEDREIRAS C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
Pai: ALMIR FELIX DE ANDRADE
Mãe: RAFAELA MARIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: - -
Telefone: / 984740612
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 18/10/2019 - 10:45

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)

Queixa do paciente: dor em antebraço direito pos queda de moto(sic) ha 20 min

Exame físico: deformidade de antebraço direito

Hipótese diagnóstica: fratura radio distal direito

Prescrição/Conduta: day clinic

Horario/Checagem

01 -	redução incruenta + gesso axilo palmar	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

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: 20/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: RAFAELA MARIA DA SILVA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 03217-4

CONTA: 000000033140-6

Nr. Autenticação

BRADESCO2004202005000000000023703217000000033140168750 PAGO

Unimed 
Recife

ANS - nº 34.488-5

Diretora Técnica Médica
Drª. Maria de Lourdes C. de Araújo
CREMEPE: 3367

FAC

9912368183/2015-DR/PE
UNIMED RECIFE

 Correios



CDD ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CID/PE)

RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004
R PRUDENTE DE MORAES 409 - LADO IMPAR
HIPODROMO
RECIFE - PE
52041-725



32 14536021 05871 00000002570 10 050220

VENCIMENTO
25/02/2020

**compesa**

CNPJ 09.709.035/0001-84

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014326-2

ATENDIMENTO: RUA 1 DE MAIO - NUM. - 00004 - CENTRO MORENO PE
54800-000

DADOS DO CLIENTE MATRÍCULA: 15359382 Feb/2020
MARIA BARBOSA DE SANTANA
AV DR SOFRONIO PORTELA, N. 3695 - CS-A 1. ANDAR - BELA VISTA MO
RENO PE 54800-000
INSCRIÇÃO: 094.115.210.0146.002 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 015359382

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	QUANTIDADE DE ECONOMIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
HIDRÔMETRO A17S045072	DATA LEIT. ANTERIOR 04/02/2020	DATA LEIT. ATUAL 05/03/2020	TIPO DE CONSUMO (AVE) REAL

ÁGUA:

LEIT ANT: 423 CONSUMO: 13
LEIT ATU: 436
LEIT FAT: 436

**HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO**

01/2020 11
12/2019 11
11/2019 11
10/2019 14
09/2019 11
08/2019 11
MÉDIA: 12

PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
TURBIDEZ	47	47	47
COR APARENTE	47	47	47
CLORO RESIDUAL	47	47	47
COLIF. TOTAIS	47	47	43
E. COLI	47	47	47

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO
RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES
ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE	10 M3	44,08
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	3 M3	15,15
DOAÇÃO AO HOSPITAL DE CANCER 02/2020		1,00
JUROS DE MORA 12/2019		0,06

PIS	59,23	1,65	0,98
CORRIG	59,23	7,60	4,50

VENCIMENTO: 20/03/2020

TOTAL A PAGAR: 60,29

MENSAGEM:

PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS
(81) 3221-3592/98476-3207

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 0800-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | **SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06** | **Central Ouvidoria: 0800 021 91 35**

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/BIBLIOTECASWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP 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 Tito Flavio de Almeida Pires Felcos
inscrito (a) no CPF/CNPJ 692655184, 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Rafaela Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 700556814, 17

do sinistro de DPVAT cobertura inacelerado da Vítima Valonir da Silva Andrade

inscrito (a) no CPF sob o Nº _____ / _____, 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 Prudente de Moraes</u>	Número: <u>409</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Hipódromo</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>52041730</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 999268546</u>

Local e Data: _____

Recife, 13/03/2020

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

Atendimento: 327755 Entrada: 18/10/2019 Hora: 07:33
Plano: SUS - DEMANDA
Responsável:
Médico Resp: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Saída: 18/10/2019 Hora: 22:41
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898003475189773

Paciente: 1615324 VALMIR DA SILVA ANDRADE
Nascimento: 03/03/2010 (9 Anos e 10 Meses)
Endereço: RUA QUATORZE DE JULHO
Bairro: PEDREIRAS C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
Pai: ALMIR FELIX DE ANDRADE
Mãe: RAFAELA MARIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade: - -
Telefone: / 984740812
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 18/10/2019 - 10:45

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)

Queixa do paciente: dor em antebraço direito pos queda de moto(sic) ha 20 min

Exame físico: deformidade de antebraço direito

Hipótese diagnóstica: fratura rádio distal direito

Prescrição/Conduta: day clinic

		Horario/Checagem
01 -	redução incruenta + gesso axilo palmar	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Atendimento: 327755 Entrada: 18/10/2019 Hora: 07:33
Plano: SUS - DEMANDA
Responsável:
Médico Resp: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Saída: 18/10/2019 Hora: 22:41
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898003475189773

Paciente: 1615324 VALMIR DA SILVA ANDRADE
Nascimento: 03/03/2010 (9 Anos e 10 Meses)
Endereço: RUA QUATORZE DE JULHO
Bairro: PEDREIRAS C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2809402 MORENO
Pai: ALMIR FELIX DE ANDRADE
Mãe: RAFAELA MARIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade:
Telefone: / 984740612
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 18/10/2019 - 11:00

DESCRIÇÃO CIRURGICA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)

RESUMO DE ALTA

HOSPITAL DE ORIGEM: DEMANDA
DATA DA ADMISSÃO: 18/10/2019
DATA DA ALTA: 18/10/2019

HD: FRATURA DO RADIO DISTAL DIR (REDUÇÃO INCRUENTA)

Paciente evoluindo bem no pos-operatório, sem queixas álgicas.

Ao exame:

EGB, consciente, orientado, eupneico, BPP, edema (+/+4);
FO sem sinais flogísticos.

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Atendimento: 327755 Entrada: 18/10/2019 Hora: 07:33
Plano: SUS - DEMANDA
Responsável:
Médico Resp: SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO

Saída: 18/10/2019 Hora: 22:41
Matrícula:
Identidade:
C.N.S.: 898003475189773

Paciente: 1615324 VALMIR DA SILVA ANDRADE
Nascimento: 03/03/2010 (9 Anos e 10 Meses)
Endereço: RUA QUATORZE DE JULHO
Bairro: PEDREIRAS C.E.P.: 54800-000
Cidade: 2609402 MORENO
País: ALMIR FELIX DE ANDRADE
Mãe: RAFAELA MARIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARDA
Estado Civil: SOLTEIRO
C.P.F.:
Identidade:
Telefone: / 984740612
G.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/11/2019 08:23

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9756)

Queixa do paciente: trauma em 18/10/2019, sem queixas

Exame físico:

Hipótese diagnóstica: fratura de radio distal direito

Prescrição/Conduta:

	Horario/Checkagem
01 - consulta	
02 -	
03 -	
04 -	

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSO

Eu, TITO FLÁVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO, CPF nº 692.655.184-72, procurador da vítima VALMIR DA SILVA ANDRADE, representada pela genitora RAFAEL MARIA DA SILVA, referente ao sinistro nº 3200116089, venho através desta solicitar a continuidade desse processo, haja vista, a vítima não tem mais nenhuma documentação a apresentar, visto que, todo o prontuário que se encontra nesse processo foi entregue pelo Hospital Armindo Moura e que não tem mais nenhuma documentação a fornecer. Outrossim, os laudos atestam que a vítima teve fratura de Rádio Distal direito passando por tratamento de redução incruenta, encontrando-se atualmente com debilidade em seu braço direito.

Solicito da Líder Seguradora a finalização desse processo com a análise dos laudos já inseridos.

Agradeço a compreensão e aguardo resposta.

Recife, 03 de março de 2020.



TITO FLÁVIO DE A. P. FALCÃO
Procurador



República Federativa do Brasil

SERVIÇO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
1º DISTRITO DO MUNICÍPIO E COMARCA DE
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE
Rua Antão Costa, 99 - Livramento - CEP 55602-560
CNPJ: 09.228.221/0001-29
Osmar Rafael Pereira de Siqueira - Oficial
Josélia Pereira Canejo Ferreira - Substituta

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
VALMIR DA SILVA ANDRADE

MATRÍCULA:
077271 01 55 2010 1 00039 214 0021798 68

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Três de março de dois mil e dez

DIA
03

MÊS
03

ANO
2010

HORA NASC

15h45min

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO

Vitória de Santo Antão/PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Vitória de Santo Antão

LOCAL DE NASCIMENTO

No Pronto Socorro da Vitória, desta cidade

SEXO

Masc

FILIAÇÃO

ALMIR FELIX DE ANDRADE, natural de Vitória de Santo Antão/PE e RAFAELA MARIA DA SILVA, natural de Chã de Alegria/PE

AVÓS

Antonio Felix de Andrade e Adalgisa Francisca de Oliveira Andrade (paternos) e Luiz Antonio da Silva e Severina Josefa da Conceição (maternos)

GÊMEOS

Não

NOME E MATRÍCULA DOS GÊMEOS

Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTENSO

Quatro de março de dois mil e dez

Nº DNV

30-049160227-0

OBSERVAÇÕES / AVÉRBACÕES

Ato registrado no livro A-39, às folhas 214, sob o nº 21798.

O conteúdo da certidão é verdadeiro, dou fé.
Vitória de Santo Antão, 4 de março de 2010

Osmar Rafael Pereira de Siqueira
Oficial em Exercício

NOME DO OFÍCIO:
SERVENTIA DE REGISTRO CIVIL DO 1º DISTRITO
OFICIAL REGISTRADOR:
OSMAR RAFAEL PEREIRA DE SIQUEIRA
SUBSTITUTA:
JOSÉLIA PEREIRA CANEJO FERREIRA
MUNICÍPIO / UF:
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PERNAMBUCO



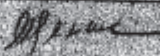
CARTÓRIO SIQUEIRA



VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. QUALQUER ADULTERAÇÃO OU EMENDA INVALIDA ESTE DOCUMENTO.

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1217322893

PROIBIDO PLASTIFICAR
1217322893

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME RIZO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO		
		
DOC. IDENTIDADE / OUT. CATEGORIA 6155533 SSP PE		
CPF 092.655.284-72	DATA NASCIMENTO 13/01/1971	
FILIAÇÃO AMADRY DE LIMA PIRES LZA ALMEIDA PIRES		
PERMISSÃO 	ANO 	CAT. MOTO A2
N.º REGISTRO 01102847335	VALIDADE 20/06/2020	1.ª EMISSÃO 13/02/1989
OBSERVAÇÕES sem observações		
 ASSINATURA DO DETENTOR		
LOCAL GRINDA - PE	DATA EMISSÃO 29/11/2015	
 ASSINATURA DO EMISSOR		
12825411113 02069266057		
DETROA - PE (PERNAMBUCO)		

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200116089 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR DA SILVA ANDRADE **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL DIREITO. P1. ANEXO 1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P1,2. ANEXO 1.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO 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 MODERADO DE PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200116089 **Cidade:** Moreno **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: VALMIR DA SILVA ANDRADE **Data do acidente:** 18/10/2019 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA RADIO DISTAL DIREITO. P1. ANEXO 1.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA. P1,2. ANEXO 1.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE PUNHO 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 MODERADO DE PUNHO 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 dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: Rafaela Maria da Silva,
brasileiro(a), estado civil: solteira, CI/ RG nº 8852431 SDS,
CPF/MF sob nº 700.556.814-17, residente e domiciliado(a) à rua
Av. Dr. Sotônio Pontes, nº 3689,
Bairro: Centro, Cidade: Moreno,
Estado: PE, CEP: 54800-000, Telefone: 988484793.
Representando do Menor: Valoniz da Silva Andrade.

OUTORGADO(S): SHEILA DE OLIVEIRA MOURA, brasileira, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 633.376.654-20, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco e/ou TITO FLÁVIO DE ALMEIDA PIRES FALCÃO, brasileiro, inscrito(a) no CPF/MF sob nº 692.655.184-72, com endereço profissional à Prudente de Moraes, nº 409, bairro do Hipódromo, cidade de Recife, estado de Pernambuco.

PODERES: Concede poderes especiais do outorgado para: Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder, Seguradoras conveniadas a Líder DPVAT e a Susep, bem como tratar de documentos, concordar ou não com o que se faça necessário junto aos Órgãos de Saúde (Hospitais, Policlínicas e UPA's), bem como aos Órgãos de atendimento Pré-hospitalar (Corpo de Bombeiros e SAMU) do Estado de Pernambuco.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Moreno 4 de março de 2020.



Rafaela Maria da Silva
OUTORGANTE

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS - MORENO/PE
Praça da Bandeira, 23 - Centro - Moreno/PE - Fone/Fax: (0) 81 3535-1930 | Marcos José Froto Lopes - Titular

Reconheço a firma por AUTENTICIDADE de
RAFAELA MARIA DA SILVA Moreno-PE, 04/03/2020 Emol. R\$ 3,71 TSNR R\$ 0,82 FERC R\$ 0,41 FERM R\$0,04 FUNSEG R\$ 0,08 ISS R\$0,08 CLAUDIA CRISTINY MONTENEGRO MENDES FERREIRA 2ª Substituta

Selo: 0077172.AYU02202002.00665

Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/autenticidade

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS - MORENO/PE
Claudia Cristiny Montenegro Mendes Ferreira 2ª Substituta

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091998/20

Vítima: VALMIR DA SILVA ANDRADE

CPF: 700.556.814-17

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: RAFAELA MARIA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

RAFAELA MARIA DA SILVA : 700.556.814-17

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO : 692.655.184-72

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

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: 13/03/2020
Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO
CPF: 692.655.184-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091998/20

Número do Sinistro: 3200116089

Vítima: VALMIR DA SILVA ANDRADE

Data do acidente: 18/10/2019

CPF: 700.556.814-17

CPF de: Representante

Titular do CPF: RAFAELA MARIA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 03/04/2020

Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

CPF: 692.655.184-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 03/04/2020

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091998/20

Número do Sinistro: 3200116089

Vítima: VALMIR DA SILVA ANDRADE

Data do acidente: 18/10/2019

CPF: 700.556.814-17

CPF de: Representante

Titular do CPF: RAFAELA MARIA DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

RAFAELA MARIA DA SILVA : 700.556.814-17

Autorização de pagamento

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: 16/03/2020

Nome: TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

CPF: 692.655.184-72

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

JULIANA BEZERRA DE LUNA