



07/08/2020

Número: **0021172-63.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção B da 28ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **01/05/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
RAFAELA MARIA DA SILVA (AUTOR)		Rodrigo Alves Dias (ADVOGADO) THIAGO FELIPE DIAS DE MELO (ADVOGADO)	
TOKIO MARINE BRASIL SEGURADORA S.A. (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
PRISCILA COSTA LIMA LEMKE (PERITO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
65964914	07/08/2020 10:23	ANEXO 1	Outros (Documento)



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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, 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

Pag. 01059/01060 - carta_03 - INVALIDEZ

00070530



Carta nº 15611639





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, 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, contados 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 15611671

Pag. 0046/00460 - carta_01 - INVALIDEZ

00030229





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradolider.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, 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

Pag. 00609/000086 - carta_03 - INVALIDEZ

00040293



Carta nº 15670055





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, 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

Pag. 0140011408 - cartã 15R - INVALIDEZ

00010703



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (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: R. Dr. Sotônio Portela 9 - Número: 8689 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Maracá 13 - Estado: PA 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: 70055681437 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 ☐ 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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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) ☐ 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 nascituro(vitascor)? ☐ 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 devido, 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 do assinante ou beneficiário (se 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

Rafaela Maria da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinado



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Identificação do(s) Nascido(s) de coleta: ☐ BAMB (DESPUS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou AS: 3 - CPF da vítima: 4 - Data completa do último: Valor da Silva Andrade

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA ANUAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUP Nº 149/2012

5 - Nome completo: Valmir da Silva Andrade

7 - Profissão: Estudante 8 - Endereço: Av. Dr. Joaquim Castelo 9 - Município: 3687 10 - Complemento: ---

11 - Bairro: Centro 12 - Cidade: Mozamb 13 - Estado: PE 14 - CEP: 54800000

15 - E-mail: 16 - Tel (DDD): (81) 988684793

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 25 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

20 - Renda mensal do titular da conta: ---

21 - RENDIMENTO ANUAL: ☒ RECURSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

22 - CONTAS BANCÁRIAS: ☐ CONTA POUPANÇA (Corrente para poupança, de acordo com o tipo) ☐ CONTA CORRENTE (Corrente para poupança, de acordo com o tipo)

23 - Agência: 3217 24 - Conta: 4 25 - Agência: 33140 26 - Conta: 6

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

28 - 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 6.394/74), uma vez que:

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

Solicito a prossecução 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, quando necessário, e a custos de deslocamento, conforme disposto na Lei 6.394/74.

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.

29 - DECLARAÇÃO DE DIREITOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

30 - Residência com a vítima: ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima atendeu ao compromisso: ☐ Sim ☐ Não 32 - Se a vítima do acidente, informe o nome completo: ---

33 - Vítima: ☐ Sim ☐ Não 34 - Se não for, informe: --- 35 - Vítima do acidente: ☐ Sim ☐ Não 36 - Vítima teve morte: ☐ Sim ☐ Não 37 - Se não for, informe: --- 38 - Vítima do acidente: ☐ Sim ☐ Não 39 - Vítima teve morte: ☐ Sim ☐ Não 40 - Vítima do acidente: ☐ Sim ☐ Não 41 - Vítima teve morte: ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte. Aplicações bancárias que se apresentarem e comprovarem a responsabilidade criminal por morte de vítima ou de acidente não poderão gerar a obrigação de ressarcimento, além da responsabilidade criminal por morte de vítima ou de acidente de trânsito.

42 - Nome: Rafaela Maria da Silva 43 - CPF: --- 44 - Assinatura de testemunha: --- 45 - Nome: --- 46 - CPF: --- 47 - Assinatura de testemunha: --- 48 - Nome: --- 49 - CPF: --- 50 - Assinatura de testemunha: ---

41 - Local e Data: Rosário, 12/05/2020

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver): Rafaela Maria da Silva 43 - Assinatura do Prossigador (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 (Consumado) 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:

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

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: MasculinoMãe: **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: FemininoMãe: **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: MasculinoNaturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **SEPARADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO**

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

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

12/03/2020 08:35



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 N° 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* **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 (Consumado) 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) (VÍTIMA)

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 CONCEICAO 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**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ D&MS (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: R. Dr. Sotônio Portela 9 - Número: 8689 10 - Complemento: _____
 11 - Bairro: centro 12 - Cidade: Maracá 13 - Estado: PA 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: 70055681437 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 ☐ 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) ☐ Itau (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:
 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA:
 (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) ☐ 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 nascituro(vitascor)? ☐ 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 devido, 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 - Imprescindível para a assinatura do beneficiário ou representante legal

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

Rafaela Maria da Silva 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
 do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Assinado

HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 23/01/2020 14:18

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/Checkagem

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

Reavaliação:

Hospital Memorial Armindo Moura
Hospital Geral
Fones: (61) 3535-2013
Av. Cléto Campelo, S/N - Moreno - PE

Página 1 de 1



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

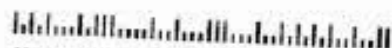
Nr. Autenticação

BRADESCO2004202005000000000023703217000000033140168750 PAGO





ANS - nº 34.488-5
Diretoria Técnica Médica
Dr. Maria de Lourdes C. de Araújo
CREMEPE, 3367



000 ENCRUZILHADA PE - CTC RECIFE PE CIDA (CIDPE)
RAFAEL HENRIQUE OLIVEIRA ALMEIDA PIRES - 7910075719004
R PRUDENTE DE MORAES 409 - LADO IMPAR
HIPODROMO
RECIFE - PE
52041-725

VENCIMENTO
25/02/2020



32 14536021 05871 00000002570 10 050220





ATENDIMENTO: RUA 1 DE MAIO - N.º - 02004 - CENTRO MORENO PE
54800-000

CNPJ 08.799.033/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014315-2

DADOS DO CLIENTE: MATRÍCULA: 15359382 Fev/2020
MARIA BARBOSA DE SANTANA
AV DR SOFRONIO PORTELA, N 3695 - CS-A 1.º ANDAR - BELA VISTA MO
BEND PE 54800-000
INSCRIÇÃO: 004.115.210.0146.002 GRUPO: 11 DEB. AUTOMÁTICO: 015359382

SITUAÇÃO AGUA LIGADO	SITUAÇÃO ECOMO POTENCIAL	RESIDENCIAL	TIPO DE CONSUMO PAR
		1	REAL
HIIDROMETRO A175845072	DATA LEIT. ANTERIOR 04/02/2020	DATA LEIT. ATUAL 05/03/2020	

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

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERENCIA CONSUMO

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. MS 2.914/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDE A LGIS
01/2020 11			
12/2019 11			
11/2019 11			
10/2019 14			
09/2019 11			
08/2019 11			
MEDIA: 12			

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

PAR	59,23	1,65	0,93
CONSUMO	59,23	7,60	4,58

VENCIMENTO: 20/03/2020 TOTAL A PAGAR: 60,29

MENSAGEM:
PROBLEMAS COM A BEBIDA? LIGUE ALCOÓLICOS ANONIMOS
(81) 3221-3592/93470-3207





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: 4020-1356 / 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 do sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECABEN/DOCORIGINALASPX?TIFD=1&CODIGO=29686>

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 Vito Flávio de Almeida Feres Falcões
inscrito (a) no CPF/CNPJ 692.655.184 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário
Rafaela Maria da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 700.556.814 / 17
do sinistro de DPVAT cobertura immediata da Vítima Adonir 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 Presidente do Brasil</u>	Número: <u>409</u>	Complemento: _____
Bairro: <u>Hipódromo</u>	Cidade: <u>Recife</u>	Estado: <u>PE</u>
E-mail: _____	CEP: <u>52041-730</u>	Tel. (DDD): <u>(81) 9992-68546</u>

Local e Data: Recife, 13/03/2020

[Assinatura]

Assinatura do Declarante

DLDR1.001 V001/2017



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 23/01/2020 14:18

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.: 698003475189773

Paciente: 1615924 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: 2009402 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.Instituição:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 18/10/2019 10:15

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9736)

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/Checkagem
01 -	redução inconflita + gesso axila palmar	
02 -		
03 -		
04 -		

Reavaliação:

Hospital Armindo Moura
Hospital Geral
Fone: (41) 3534-2513
Av. Cleto Campelo, 301 - Nova - PE

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 23/01/2020 14:18

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.: 54900-000
Cidade: ZB09402 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
E.Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: VITORIA DE SANTO ANTAO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 18/10/2019 14:00

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 8756)

RESUMO DE ALTA

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

HD: FRACTURA DO RADIO DISTAL DIR (REDUÇÃO INCRUENTA)

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

Ao exame:

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

CD:1) Alta Hospitalar + Orientações.

Hospital Memorial Armindo Moura
Hospital Geral
Rua 1818-2019
Av. Clete Campelo, S/N - Bonfim - PE

Página 1 de 1



HOSPITAL ARMINDO MOURA
PEP - Prontuário Eletrônico do Paciente

Emissão: 23/01/2020 14:17

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.: 54600-000
Cidade: 2809402 MORENO
Paí: ALMIR FELIX DE ANDRADE
Mãe: RAFAELA MARIA DA SILVA
Nacionalidade: BRASIL

Sexo: MASCULINO Cor: PARD
Estado Civil: SOLTEIRO
O.P.F.:
Identidade:
Telefone: 7 084740612
G. Instrução:
Ocupação: ESTUDANTE
Naturalidade: VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

Em: 08/11/2019 - 08:23

CONSULTA NA URGENCIA (Dr. SILVIO JOHNSON MACEDO DE SANTIAGO CRM 9758)

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

Exame físico:

Hipótese diagnóstica: fratura de rádio distal direito

Prescrição/Conduta:

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

Reavaliação:

Materiais Utilizados: (Enfermagem/Imobilização) COMANDA:

Hospital Armindo Moura
Hospital Geral
Fones: (41) 3524-7114
Av. Cida Cavaleiro, S/n - Niterói - RJ

Página 1 de 1



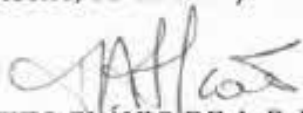
SOLICITAÇÃO DE ANÁLISE DE PROCESSO

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 DO 1º DISTRITO
DISTRITO DO MUNICÍPIO E COMARCA
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO-PE
Rua Amador Costa, 93 - Luperon - CEP 55000-000
CNPJ 08.256.321/0001-28
Osmar Rafael Pereira de Siqueira - Oficial
Joselia Pereira Canejo Ferreira - Substituta

REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
VALMIR DA SILVA ANDRADE

NATÚRCULA:
077271 01 55 2010 1 00039 214 0021798 68

DATA DE NASCIMENTO POR EXTERNO

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)

CÔNUGOS

Não

NOME E MATRÍCULA DOS CÔNUGOS

Nada consta.

DATA DE REGISTRO POR EXTERNO

Quatro de março de dois mil e dez

1º DIF

30-049160227-0

OBSERVAÇÕES / AVERBAÇÕES

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
SUBSTITUTO
JOSELIA PEREIRA CANEJO FERREIRA
MUNICÍPIO UF
VITÓRIA DE SANTO ANTÃO - PERNAMBUCO

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL. O USUÁRIO ADULTERARÁ A QUE ENTÃO BURLA ESTE DOCUMENTO



CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL



Endereço: Rua Amador Costa, 93 - Luperon - CEP 55000-000 - Vitória de Santo Antão - PE
Fone: (081) 2222100





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 SEGURODORA 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: Desseira, CI/ RG nº 8852411 SOS,
CPF/MF sob nº 700.556.814-17, residente e domiciliado(a) à rua
Av. Dr. Sotônio Portela, 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 à Seguradora Lider, Seguradoras conveniadas a Lider 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
Procedimento: 25 - Cartório - Moreno/PE - Foto/Fim: 40 - 80 3335-1620 - Malcom José André Lopes - Titular
RECONHEÇO A TIPO DE AUTENTICIDADE DE
RAPHAELA MARIA DA SILVA Moreno-PE, 04/03/2020 Enrol. 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: D077172.AYU02202002 60065
CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS E REGISTROS
Moreno-PE
Claudia Cristiny Montenegro Mendes Ferreira 2ª Substituta



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0091998/20
Vítima: VALMIR DA SILVA ANDRADE
CPF: 700.556.814-17
Seguradora: ARJANA 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 81 89.

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

CPF: 700.556.814-17

Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: RAFAELA MARIA DA SILVA

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

CPF: 700.556.814-17

Seguradora: ARJANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/10/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: RAFAELA MARIA DA SILVA

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

TITO FLAVIO DE ALMEIDA PIRES FALCAO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

