
Rio de Janeiro, 10 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190315625

Vítima: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

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, 16 de Maio de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190315625**

Vítima: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Data do Acidente: 22/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL	CPF da vítima: 340.844.314-78	Nome completo da vítima: Julia Tatianne Alves de Melo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Julia Tatianne Alves de Melo	CPF: 340.844.314-78	
Profissão: Recebeu-se	Endereço: Rua Alto da Estrela	Número: 90 Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Bezerras	Estado: PE CEP: 55660-000
Limite:		Tel. (DDD): (81) 99668-4014

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: **0192** CONTA: **88793**

(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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qualquer tempo, sabendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **09 MAI 2019**

Grão de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a condição, estando 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.

Local e Data, **Bezerras 09/04/19**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Julia Tatianne Alves de Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Daniel Soares de Moximato

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Juliano Soares dos Santos

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC
DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0181000290**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/02/2019** às **17:22**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **22/1/2019** às **20:20**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE POVOADO DE SERRA NEGRA, 01, ESTRADA CARROÇAVEL DE ACESSO A VILA DE SERRA NEGRA** - Bairro: **POVOADO DE SERRA NEGRA - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **FAZENDA DE NATALÍCIO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

//// (AUTOR \ AGENTE)
DANIEL SOARES DO NASCIMENTO (VITIMA)
JULIA TATIANNE ALVES DE MELO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL SOARES DO NASCIMENTO**

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

DANIEL SOARES DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **SEVERINA FIDELES DA SILVA** Pai: **JOÃO SOARES DO NASCIMENTO** Data de Nascimento: **26/2/1999** Naturalidade: **CARUARU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10017503/SDS/PE (RG), 12815857421 (CPF)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)** Telefones Celulares: **- 998920261**

Endereço Residencial: **RUA ALTO DA ESTRELA, 90 - CEP: 0 - Bairro: ROSARIO - BEZERROS/PERNAMBUCO /BRASIL**

JULIA TATIANNE ALVES DE MELO (presente ao plantão) - Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DAS GRAÇAS LAURENTINO DE MELO** Pai: **ADERSON ALVES DE MELO** Data de Nascimento: **13/9/1989** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8727992/SDS/PE (RG), 14084431478 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 998920261**

Endereço Residencial: **RUA ALTO DA ESTRELA, 90 - CEP: 0 - Bairro: ROSARIO - BEZERROS/PERNAMBUCO /BRASIL**

//// - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **DANIEL SOARES DO NASCIMENTO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/VALKYRIE 1500** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KIH8848** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **545998549** Chassi: **9C2KD0550DR125051**

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Descrição: **PROPRIETARIO: ELIANA FERREIRA DE QUEIROZ**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA O SENHOR DANIEL SOARES DO NASCIMENTO O QUAL PASSOU A DECLARAR QUE NO DIA E HORARIO ACIMA DESCRITO ELE VITIMA CONDUZIA A REFERIDA MOTOCICLETA, TENDO COMO GARUPA A SENHORA JULIA TATIANNE ALVES DE MELO, QUE AMBOS TRAFEGAVAM VINDO DA VILA DE SERA NEGRA, ZONA RURAL DESTA URBE COM DESTINO AO CENTRO DA CIDADE, QUANDO NO TRAJETO ELE DANIEL (VITIMA) PERDEU O COTROLE DA MOTOCICLETA SAINDO DA ESTRADA E COLIDINDO COM A CERCA DE ARAME FARPADO, MOMENTO ESTE QUE AMBOS FORAM ARREMESSADOS AO CHÃO, EM SEGUIDA POPULARES ACIONARAM O SAMU, ONDE A VITIMAS FORAM ATENDIDOS NO LOCAL DO ACIDENTE CONFORME DECLARAÇÕES DO SAMU; QUE, EM SEGUIDA AS VITIMAS FORAM SOCORRIDAS PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL), ONDE AS VITIMAS FORAM ATENDIDAS CONFORME PRONTUARIO DE Nº 909.154 REFERENTE A A VITIMA "JULIA TATIANNE" E PRONTUARIO DE Nº 909.155 REFERENTE A VITIMA "DANIEL SOARES"; AMBAS FICHAS ASSINADAS PELA DRA. AMANDHA CRUZ CRM PE 26968; QUE, AS VITIMAS FORAM TRANSFERIDAS PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NA CIDADE DO RECIFE-PE, ONDE A VITIMA DANIEL SOARES FOI SUBMETIDO A PROCEDIMENTOS CIRURGICOS E A VITIMA JULIA TATIANNE AOS MPROCEDIMENTOS MEDICOS CITADOS NA FICHA DE ALTA MEDICA EM ANEXO. NADA MAIS A DECLARAR.

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

DANIEL SOARES DO NASCIMENTO

(VITIMA) *Daniel Soares do Nascimento*

JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

(VITIMA) *Julia Tatianne Alves de Melo*

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL	CPF da vítima: 340.844.314-78	Nome completo da vítima: Julia Tatianne Alves de Melo
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo: Julia Tatianne Alves de Melo	CPF: 340.844.314-78	
Profissão: Recusou-se	Endereço: Rua Alto da Estrela	Número: 90 Complemento:
Bairro: Centro	Cidade: Bezerras	Estado: PE CEP: 55660-000
Limite:		Tel. (DDD): (81) 99668-4014

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ 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: **0192** CONTA: **88793**

(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 LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a qualquer tempo, sabendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: **09 MAI 2019**

Grão de parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem a condição, estando 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.

Local e Data, **Bezerras 09/04/19**

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Julia Tatianne Alves de Melo

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____

CPF: _____

Daniel Soares de Moximato

Assinatura

2ª Nome: _____

CPF: _____

Juliano Soares dos Santos

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra. Julia Tatianne Alves de Melo, Identidade 8727992 SDS-PE, CPF 104844314-78 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço a Sra. Julia Tatianne Alves de Melo, número da ocorrência – ID 0392, no dia 22 de janeiro de 2019, às 20h e 35min, com queixa de queda de moto, na estrada de Serra Negra, Bezerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 08 de Fevereiro de 2019.


Klevio Maranhão
Coord. RUE- SAMU
Bezerros-PE

Klevio Maranhão
Coord. Técnico da Rede de Urgência
e Emergência Bezerros
Mat. 600961



DADOS DO CLIENTE
SEVERINA FIDELIS DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA ALTO DA ESTRELA 90

CPF 077 081 834-71 NIS 16549039757

CENTRO BEZERRAS
BEZERRAS PE
55660-000

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM MÊ

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
040423138	UNICA	23/11/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
23/11/2018	2015054581	93628

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7026299220	11/2018
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA QUOTA
30/11/2018	24/12/2018
TOTAL A PAGAR (R\$)	101,38

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Abvo até 30 kWh	30,00000000	0,24883895	7,46
Consumo Abvo superior a 30 até 100 kWh	70,00000000	0,42675232	29,87
Consumo Abvo superior a 100 até 220 kWh	70,00000000	0,64012648	44,80
Acrescimo Bandeira AMARELA			1,18
Acrescimo Bandeira VERMELHA			2,09
Contrib. Ium. Publica Municipal			12,91
Multa por atraso-NF 036814834 - 23/10/18			2,04
Juros por atraso-NF 036814834 - 23/10/18			0,06
Atualização IGP-M 036814834 - 23/10/18			0,00

TOTAL DA FADIGA

101.38

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL									
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
787421	CAF	25-10-2018	17 541,00	25-10-2018	17 711,00	31	1.000,00		170,00

HISTÓRICO DE CONSUMO		INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			COMPARAÇÃO DE CONSUMO		
Mês/Ano							
NOV/18	172				Geração de Energia	R\$ 28,87	25,52%
OUT/18	108				Transmissão	R\$ 4,26	4,76%
SET/18	134				Distribuição (Cargas)	R\$ 19,20	22,07%
AGO/18	134				Perdas de Energia	R\$ 5,39	7,02%
JUL/18	102				Encargos Setoriais	R\$ 2,79	3,23%
JUN/18	96				Tributos	R\$ 24,30	29,76%
MAI/18	81				Total	R\$ 86,51	100%
ABR/18	157						
MAR/18	128						
FEV/18	113						
JAN/18	130						
DEZ/17	128						
NOV/17	120						

TARIFFAS APLICADAS	
Consumo Ativo até 30 kWh	R\$ 0,176,0850
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	R\$ 2,3022,8000
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	R\$ 4,4833,0000

RESERVAÇÃO FISCAL	
5289 2457 5406 8403 7689 0040 236C 20C.T	

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

[illegible]

COMPRÉVINDA E PREVIDÊNCIA S/A

09 MAI 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Eliana Ferreira de Queiroz,

RG: 7.402.616, data de expedição 08/04/2017

Órgão SDS, portador do CPF 080.360.664-02, com

domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)

Rua Alto da Estrela, nº SIN,

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Julia Tatianne Alves de Melo cujo o conduto era Daniel Soares do Nascimento.

Veículo: Moto

Modelo: Honda NXR 150 Bros

Ano: 2013

Placa: KIH 8848

Chassi: 9C2KD0550D R125051

Data do Acidente: 22/03/2019

Local e data do cartório: Bezerros 01/03/2019

Eliana Eliana Ferreira de Queiroz 2º Cartório
Assinatura do Declarante

Daniel Daniel Soares do Nascimento
Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3728-1162
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público



Reconheço a firma por autenticidade de: 01/03/2019 09:32:26

ELIANA FERREIRA DE QUEIROZ, DO(A) _____

Endereço: _____

Custas R\$ 3,99

TSM R\$ 0,80

Total R\$ 4,79

Selo Digital N. 007725.1451201906.00215

Consulte autenticidade em www.tpe.jus.br/selodigital

COMPREV
COMPRI - uma providência SIA
09 MAI 2019
PROTOCOLO
CÂNCIA RECIFE





Juliana
unif

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 22/05/19 REGISTRO: 909154 CARTÃO DO SUS: TELEFONE: 99669-0077
NOME: Juliana Fátima ALVES DE MORAES IDADE: 24 ANOS
NOME DA MÃE: DATA DE NASCIMENTO: 1/1/ ACOMPANHANTE: BAIRRO: N.º
END.: 76750305 SINAIS VITAIS
PA: 1 mmHg HGT: mg/dL T: °C PESO: kg Téc. Enfermagem/COREN

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
I - Sinais de Emergência Imediata
CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. ☐ Apnéia ☐ Cianose ☐ Estridor ☐ FC <50 ou >140bpm ☐ FR <10 ou >32 lpm
 2. ☐ Extremidades frias ☐ Enchimento capilar letificado ☐ Pulso fraco ou ausente ☐ PCR ☐ Sudorese
 3. ☐ PAS <80 ou >200mmHg ☐ PAD <40 ou >130 mmHg ☐ HGT <40 ou >40 mg/dl ☐ Convulsão no momento
 4. ☐ Politraumatismo/Glasgow <= 12 ☐ Letargia ☐ Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
 5. ☐ Intoxicação exógena ☐ PAF ☐ PAB ☐ Sangramento intenso
 6. ☐ Broncoaspiração ☐ Anafilaxia associada à insuficiência respiratória
- II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. ☐ Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 ☐ TCE leve ☐ PAS <90 ou >180mmHg ☐ PAD <50 ou >110mmHg sem sintomas
 2. ☐ Febre > 39°C ☐ Febre com imunodepressão ☐ Histórico de convulsão nas últimas 24 horas ☐ Impossibilidade de deambulação
 3. ☐ Tumor pastoso ☐ Mucosas ressecadas ☐ Vômitos no momento
 4. ☐ Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% ☐ Vítila de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
 5. ☐ Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
 6. ☐ Dor Abdominal intensa ☐ Dor Torácica intensa ☐ Melena ☐ Hematêmese ☐ Enterorragia ☐ Epistaxe
 7. ☐ Acidente perfuro-cortante com material biológico ☐ Crise asmática
- III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. ☐ Febre sem outros sinais clínicos < 39°C ☐ Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
 2. ☐ Lombalgia intensa ☐ Entorse, suspeita de fraturas, luxações
 3. ☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais ☐ Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
 4. ☐ Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação ☐ Euxaqueia ☐ Dor de ouvido moderada a grave
 5. ☐ História de convulsão sem alteração do nível de consciência ☐ Abscessos ☐ Intercorrências ortopédicas
- IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. ☐ Queixas crônicas sem alterações agudas ☐ Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal ☐ Coriza crônica ou recorrente
2. ☐ Queimaduras de 1ª grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. ☐ Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. ☐ Administração de medicamento ☐ Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. ☐ Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional ☐ Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. ☐ Constipação intestinal sem outros sintomas ☐ Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
09 MAI 2019

Alergias: () NÃO () SIM, à

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Assinatura da enfermeira e carimbo

Assinatura da Assistente Social e carimbo

ENCAMINHADO:

IDENTIFICAÇÕES

FICHA DE ATENDIMENTO

Alergias: () NÃO () SIM, à

REGISTRO:

Queixas:

Exame físico:

H.D.:

CONDUTA/ REAVALIAÇÃO/ CONDUTA MEDICAÇÃO

Conduta:

TIPO DE CONSULTA

MOTIVO DA ALTA

ÓBITO

ATESTADO

Consulta simples

Melhora

Data: ____/____/____

SIM ()

Consulta c/ Observação

Solicitação

Hora: ____:____:____

NÃO ()

Indicação (Internamento)

Transferência

Indisciplina

Óbito

DIAS: ____

Data: ____/____/____

Hora: ____:____:____

COMPREV
CONTROLE DE PREVIDÊNCIA S/A
09 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFEMédico - CREMEPE
(Carimbo)



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



Protocolo de Encaminhamento

URL - Traumatizado

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico ()
Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

SENHA 5604250

Nome do Paciente: Lucas Felipe de Jesus IDENTIFICAÇÃO Idade: 26

Sexo: M / F () Profissão: _____ Fone: _____

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passageiro () Motociclista ()
Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()
Motociclista: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()
Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Acidente de trânsito, vítima de colisão com veículo de passeio, apresentando trauma abdominal e dor no local de impacto.
Hipótese Diagnóstica: Lesão abdominal.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____
Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()
Sibilos Expiratórios: S () N () BAH: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/ Estridor: S () N ()
Distúrbio Sinal/Choro: S () N ()
Atividade Psicomotora: S () N () Lesões de pele: S () N () Retração Xifóide: S () N ()
Perfusão Periférica: Boe () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()
Coloração de Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

FR: RN 35-50
< 1 ano 50-50
Crianças 20-30
Adulto 12-30

FC: RN 120-160
< 1 ano 90-140
Criança 80-110
Adulto 60-100

Amanda Cruz
Médica
CRM-PE 26988

COMPREV
CONFERÊNCIA DE OCORRÊNCIA SIA
09 MAI 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA DE

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento: 1082533

Nome: Julia Tatiane A de Melo

Foi atendido às _____ hs. do dia 23 / 01 / 2019

Diagnóstico Provável: Contusão Joelho Esq

Tratamento Realizado: Julia Tatiane
Atendimento Ortopédico (Joelho)

cel S80

Observação: _____

Cópia de: _____

Médico: _____ CRM Nº _____

ATENÇÃO: Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 2002333

Nome : Juliana Tachiane A. do Melo

Foi atendido às _____ hs, do dia 23/01/2019

Diagnóstico Provável : Contusão facial ES

Tratamento Realizado : 1. Sutura 10 pontos
2. Anestesia local (gel) 10 pontos

em ESO

Observação :

Cópia de :

André Luiz Andrade Gomes
Cirurgião Otorrinolaringologista
CRM - 13511

Médico - CRM Nº

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cód. 0157

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0.727.992 DATA DE EMISSÃO 18/02/2009

Nome << JULIA TATIANNE ALVES DE MELO >>

FILIAÇÃO << ADERSON ALVES DE MELO >>

<< MARIA DAS GRAÇAS LAURENTINO DE MELO >>

NATURALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 13/09/1989

DOC ORIGEM << CN.36716 LA33 F.33 CART.1ºDIST, BEZERROS-PE 13.11.1989 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.167 DE 1983

F-31.06.401 - 4422

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 140.844.314-78

Nome JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Nascimento 13/09/1989

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

00017

Julia Tatianne Alves de Melo

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

09 MAI 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315625 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190315625 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO **Data do acidente:** 22/01/2019 **Seguradora:** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO NO JOELHO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0156481/19

Vítima: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

CPF: 140.844.314-78

CPF de: Próprio

Data do acidente: 22/01/2019

Titular do CPF: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Seguradora: UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

JULIA TATIANNE ALVES DE MELO : 140.844.314-78

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 09/05/2019
Nome: JULIA TATIANNE ALVES DE MELO
CPF: 140.844.314-78

JULIA TATIANNE ALVES DE MELO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 09/05/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

JONATAN BARBOSA DE BARROS