

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 337,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: WALMIR TORQUATO DE FARIA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00561

CONTA: 000000025706-0

Nr. da Autenticação E11676130F7A64A5

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190584261 **Cidade:** Itabaiana **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA **Data do acidente:** 10/06/2019 **Seguradora:** PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 18/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA FALANGE PROXIMAL DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL LEVE DO 4º DEDO DA MÃO ESQUERDA

**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
Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão	10 %	Em grau leve - 25 %	2,5%	R\$ 337,50
		Total	2,5 %	R\$ 337,50

Documentos de identificação



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

WALTER TORQUATO DE FARIA

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1415101793

DOC. IDENTIFIC. FORM. EXIBIDOR
27145581

CPF
078.831.018-89

EXTRANEAMENTO
17/10/1991

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
21/03/2020

VALIDADE
21/03/1991

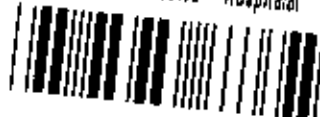
PROTEÇÃO PLÁSTICA
1415101793

LOCAL
ARACAJU, SE

DATA DE EMISSÃO
21/03/2020

VALIDADE
21/03/1991

SÉRGIOPE

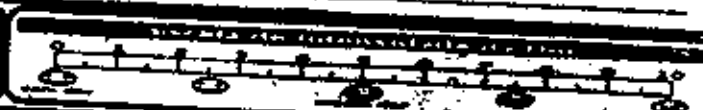


☐ BUSCA ESPONTÂNEA ☐ ENCAMINHAMENTO ☐ SAMU ☐ CORPO DE BOMBEIRO
☐ AMBULÂNCIA ☐ GESTANTE ☐ ACIDENTE DE TRABALHO

Duração da Queixa: ☐ Agudo ☐ Crônico:

Alérgico: ☐ Sim ☐ Não, Qual?

História Pregressa: ☐ DM ☐ Cardiopatias
☐ HAS ☐ Eritema ☐ Tabagista



Sinais Vitais:

PC (mmHg)	PA (mmHg)	SpO2 (%)	Tem °C	PA (mmHg)	GCC (ml/min)	Freq (bpm)	Escala de Coma de Glasgow			
							Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora	TOTAL

Sistema Nervoso

Sistema Respiratório

Sistema Cardiovascular

Consciente	Inconsciente	Espasmo	Tosse	Normocárdico	Hipotenso
Orientado	Desorientado	Ortopneia	Hemoptise	Hipertenso	Normotenso
Torpor	Confusão	Taquipneia	Secreção	Dor Torácica	Bradicárdico
Tontura	Náusea	Tir. Intercostal	Tir. Subcostal	Angina	Précordialgia
Isotúria	Midiária	Dispneia	Brulhameco	P. Rítmico	P. Arritmico
Anisúria	Mione			Taquicárdico	

S. Gastrointestinal

Sistema Geniturário

Sistema Osteomuscular

Filicido	Hematemese	Anúria	Michúria	C/Sedimentos	Artralgia	Doença
Globozo	Malena	Colúria	Hematuria	Glândula	Cervicalgia	Lombalgia
Emese	Constipação	Oligúria	Polaciúria		Espasmo	Cãibras
Pirose		Disúria	Priapismo		Hemiparesia	Hemiplegia
Diarréia		Bexiga	Leucócitos		Paraplegia	
Rigido		Diurese Concentrada			Susp. Fratura/Qual?	

Uso de Medicamento: ☐ Não ☐ Sim Qual?

Especialidade: ☐ Clínica ☐ Cirúrgica ☐ Pediátrica ☐ Ortopédica ☐ Enfermeira

Classificação de Risco

Hora da Classificação:

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Data/Hora

Evolução de Enfermagem

11/06/11 PM 01:15
 FAS - AS DS G.D. R. D. (MAN 21)
 Data/Hora 06/06/11
 Anotação de Enfermagem
 A.M.A. W.P.A. ACOMPANHAMENTO

Dr. Leonardo Passos
 Chefe do Serviço
 Ortopedia / Traumatologia
 CRM 46897-SP

AVALIAÇÃO DO
 C.A. 16/11/11
 H. V. C.

[MS/DATASUS]

HOSPITAL REG DR PEDRO GARCIA MORENO

No. DO BE: 671446
CNS:

DATA: 10/06/2019 HORA: 08:36 USUARIO: PISGMORENO
SETPCR: 05-SUTURA

IDENTIFY CARRY TWO DEC DIGITS

NOME.....	ALMIR TORQUATO DE FARIA	DOC....:	3714568
IDADE.....	60 ANOS NASC: 17/10/1951	SEXO...:	MASCULINO
ENDERECO.....	RUA FRANCISCO OLIVEIRA	NUMERO:	4248
COMPLEMENTO....	CASA BAIRRO: CENTRO		
MUNICIPIO.....	ITABAIANA UF: SE	CEP....:	49500-000
NOME PAI/MAE...:	ALMIR LOPES DE FARIA /ANA MARIA TORQUATO		
RESPONSAVEL....:	O MESMO	TEL.7...:	799850278
PROCEDENCIA....:	ITABAIANA - CENTRO - SE		
ATENDIMENTO....:	ATROPELAMENTO		
CASO POLICIAL...:	NAO PLANO DE SAUDE.....:	NAO	TRAUMA: NAO
ACTO. TRABALHO:	NAO VEIO DE AMBULANCIA: NAO		

PA: [X. ~~cont~~ mmHg] PULSO: [] TEMP.: [] PESO: []

EXAME DE LABORATORIO: ☒ RAI X ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ TC
583-600-0000 ☐ ECG ☐ ULTRASSONOGRAFIA

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: 526 (1 NAC)

DADOS CLINICOS:

DATA DE MEIORES SINTOMAS:

DADOS CLÍNICOS: Paciente vítima de alagamento por inundação, sofreu trauma na mão e contusões no dorso e n.t. entrada de amuletos: A = B = C - D - sem alterações.
ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM: n.s.e. - edema e hematoma na mão esquerda.

DIAGNOSTICO:

CID: 100-441111

PRESCRICAO

HORARIO DA MEDICACAO

- ① Propofol 100 mg, IM, no momento;
- ② Dipirone 4g, IM, no momento;
- ③ Analgesia de Dispendio;
- ④ Liberação de Crânio Cerebral

REC. BY ENLIMAGETM
CORTEL 54 206505

DATA DA SAÍDA:

HORA DA SAÍDA:

ALTA: ☐ DECSAC MEDICA ☐ POSTUM ☐ OUTRA ☐ RESISTENCIA
☐ ENCAMINHADO AO AMBULATORIO
 INTERMADIO NO PROPRIO HOSPITAL (EXCETO)

~~TRANSFERENCIA~~ UNIDADE DE SAUDE:

OBITUARY	ACE 46HS	APCS 46NS	ANAT. PATI
----------	----------	-----------	------------

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA RESENHA

~~ASSISTENTE A CURA DO MEDICO~~

Rx - fracture do 4^o QDC.

Dr. Alexandre Pereira
Cirurgia Geral Rte. Nº 1665
Cirurgia Vascular Rte. Nº 11
CRM-SE 2475

EQUIPAMENTO 1

Pág Diagrama

ID Amost 005

RRTT R5 TB

Tipo Am Patient

SEQ# 9633 IDOF 16/06/2019

Nome Pac WALMIR TORQUATO DE FARIAS

DN 17/10/1951 Sex Ignorado

Corrida 27/6/2019 16:35

ID Pac AMB.

DT/HR Coleta

Test CBC

Dr.

Obs 1

Modo Fechado Param 1

Anotação

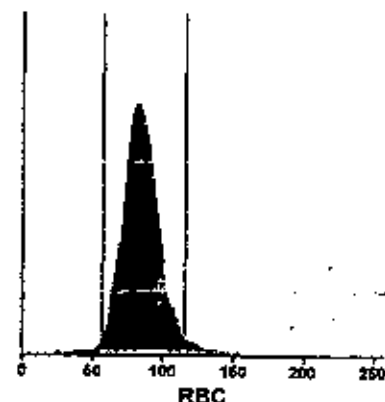
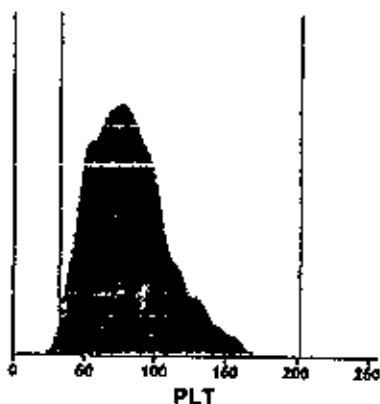
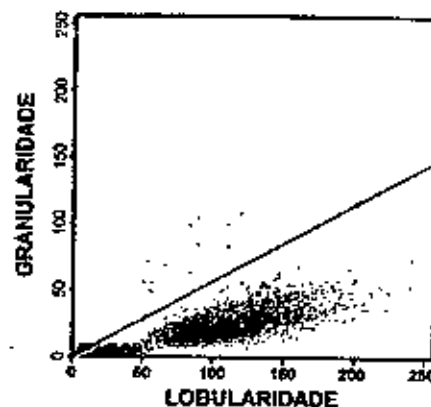
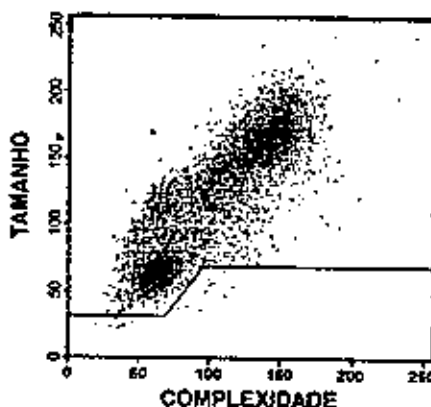
Obs 2

Limites Padrão (1)

WBC 6.44 10e3/uL
NEU 3.87 61.6 %
LYM 1.80 28.0 %
MONO .562 8.72 %
EOS .012 .193 %
BASO .097 1.50 %

RBC 6.27 10e6/uL
HGB 14.6 g/dL
HCT 44.9 %
MCV 85.3 fL
MCH 27.7 pg
MCHC 32.5 g/dL
RDW 13.5 %

PLT 143. 10e3/uL
MPV 6.17 fL



DIFERENCIAL MANUAL		MORFOLOGIA HEM	
NEU	META	NORMAL	MICRO
BAND	MELO	POLICROM	MACRO
LYM	PRO	HIPOCROM	ANISO
MONO	BLASTO	POIQ	BASOPONT
EOS	LIN VAR	ALVO	
BASO	GRANTOX	ESFERO	NRBC

NOTA	
DIF POR	DATA

LIM. REF			
WBC	4.00-10.0	RBC	4.30-5.80
NEU	1.60-8.00	HGB	11.5-15.7
LYM	.800-4.00	HCT	40.0-52.0
MONO	.800-1.00	MCV	78.0-96.0
EOS	.400-.600	MCH	27.0-32.0
BASO	0.00-.200	MCHC	31.0-36.0
		RDW	11.0-16.0

INTERPRETAÇÃO

LEUC _____ HEM _____ PLT _____

ANORMAL DEF. POR USUÁRIO :

PLT Microcítica

TP - 15,2
ATV - 89,6 %
INR - 1,06
TTPA - 30,7s

Dr. Carlos A. F. Lisboa
RUA NCA
1000



Fundação
Hospitalar
de Saúde

HUSE

AMBULATÓRIO DE RETORNO

MÉDICO: Constance

SPECIALIDADE: _____

ATA DO RETORNO: 2510719

ORA: 13:00

3234-3412

3234-3412



FUNDAÇÃO HOSPITALAR DE SAÚDE
PROTOCOLO DE REQUERIMENTO

DATA 08/08/2013

NOME: Valmir Torquato de Faria

☐ AIH - RELATÓRIO MÉDICO

☒ FAE ☐ ENXAM

TELEFONE DO SETOR: (079) 3432-9280

OBS: O PRAZO DE ENTREGA PARA A (FAE) É 30 DIAS E A (AIH) 40 DIAS

Thiery Farias da Silva

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL DO SETOR



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

AV. TANCREDO NEVES, 7501 - CAPUCHO
ARACAJU - SE



Nº DO PROTOCOLO:

2405

DATA:

25/07/19

TIPO DE DOCUMENTO SOLICITADO

() CÓPIA DO PRONTUÁRIO () RELATÓRIO MÉDICO () FAE () DECLARAÇÃO

NOME:

Walmir Jorge de Faria

ATENÇÃO

Para retirada de documentos, caso não seja o próprio requerente, é necessário comprovar parentesco, filhos, pais ou irmãos registrados. Em qualquer outra situação somente através de Procuração Pública.

É indispensável a apresentação deste comprovante de solicitação, a falta deste, implicará a retirada do documento.



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE

AV. TANCREDO NEVES, 7501 - CAPUCHO
ARACAJU - SE



1. Para a consulta do documento solicitado, é recomendável que seja feita após 01 (um) mês da data do pedido, devido ao grande número de solicitações.
2. A consulta do documento solicitado será feita pelo TEL: (79) 3234-3420 de segunda à sexta das 8h às 17h. Feriados, o Setor de Protocolo não funciona.
3. No ato da consulta do documento solicitado, informar sempre o NÚMERO DO PROTOCOLO.
4. Recomendamos guardar este comprovante, pois ele é importante para a consulta e entrega do documento solicitado.

30 a 120+



HOSPITAL REGIONAL JOSÉ FRANCO

ATESTADO MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Atesto para aos devidos fins, que o (a) Sr.(a):
Wagner da Silva Almeida
foi atendido no Hospital Regional José Franco no dia:
02/10/19 às 7 horas, necessitando de
40 dias (Quarenta) dias de afastamento de suas
atividades.

CID.: _____ (autorizado pelo(a) paciente)

Wagner da Silva
Médico Responsável
CRM 5101

Assinatura do Médico Responsável



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME: WALDIR M. D. YGUAZU DE ARAUJO

RELATÓRIO DE ALTA

DIAGNÓSTICO: F. 20 - FALCOPATIA DROGADA
43 ANOS

PROCEDIMENTO: Fixação

DATA DA INTERNAÇÃO: 01, 07, 19

DATA DO PROCEDIMENTO: 02, 07, 19

DATA DA ALTA: 02, 07, 19

ORIENTAÇÕES:

- Repouso em casa e manter MMSS elevados

- **NÃO** retirar tala ou curativo

- Retorno no HUSE com Dr. CONSILIO

no dia 01, 07, 19

Waldir Souza
Médico Ortopedista e Traumatologista
CRM 18.201-1

TELEMEDICINA

Atendimento
24 horas
Atividade a serviço da vida

N Controle: 4123044/2019

Laudo de Ecg

Unidade: Huse - Hospital de Urgência de Sergipe - Aracaju - SE

Hora Chegada: 17:04

Hora Saida: 17:08

Paciente: VALMIR TORQUATO DE FARIAS HUSE 27.06.2019

Idade: 67

Médico: Dr. Luiz César D. Nascimento

Data Exame: 27/06/2019

Registro do Traçado: 01

Ritmo: Sinusal

Frequência Cardíaca: 53 bpm

SÂQRS: -20°

Conclusão: Eletrocardiograma normal



Dr. Luiz Cesar D. Nascimento
Cardiologia - CRM 3445

Assinatura Eletrônica

Salvador/Bahia, 27 Junho 2019

ECG de Repouso

Exame: 5151

Reg.Clin.:AMB

Data: 27/06/2019

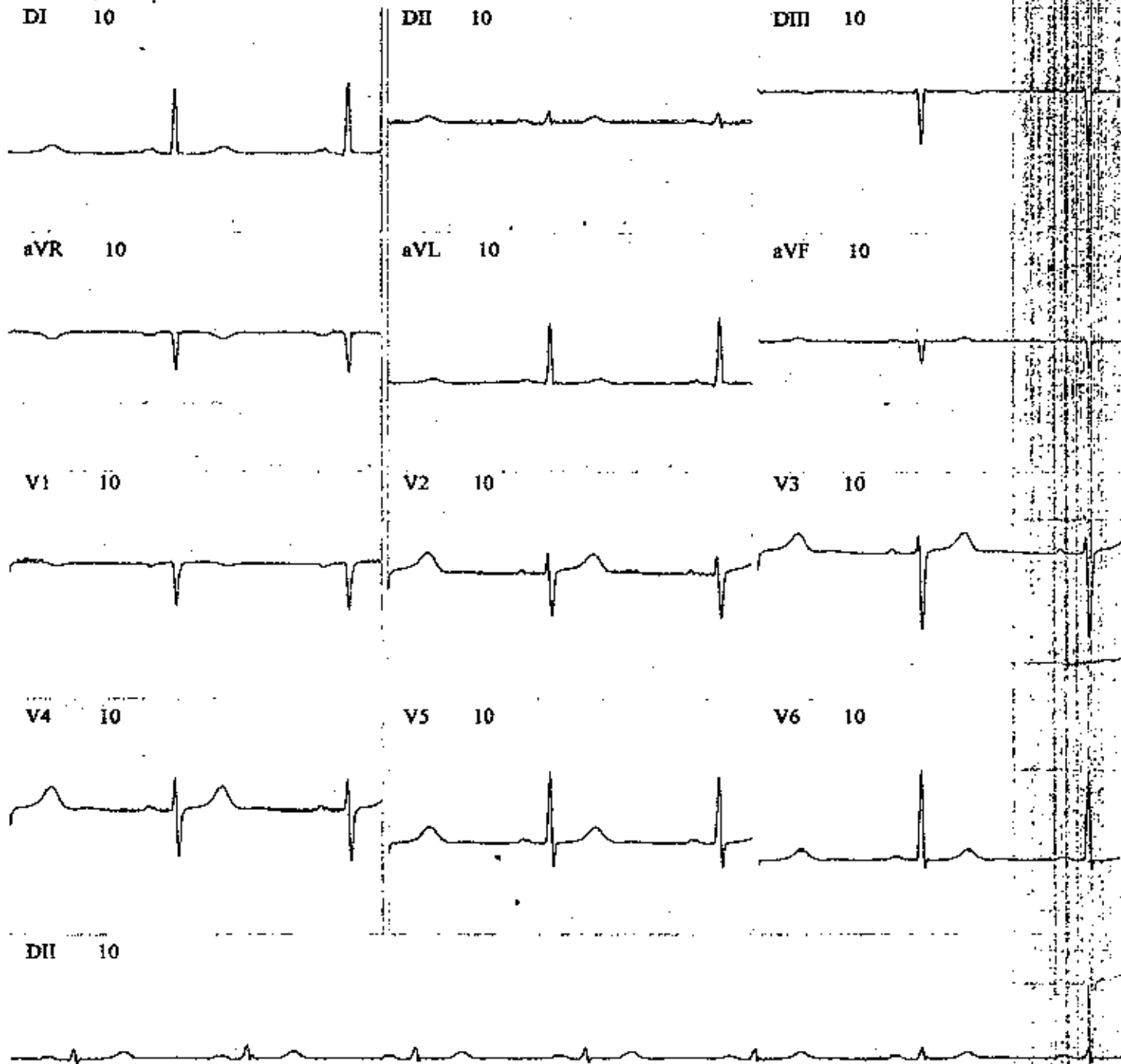
Nome: WALMIR TORQUATO DE FARIA 27.06.19

Nasc.: 17/10/1951

FC 53 bpm

Filtros: 60Hz Muscular

Vel.: 25 mm/s



PRE OPERATORIO



ITABAIANA
Forte como seu povo

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

FUNDO MUNICIPAL MUNICIPAL
DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Waldir Perquato de Faria

- USG abdominal

19/08/15
Dr. Estan Carlos Santana
Médico
CRM 8667



ITABAIANA
Forte como o seu povo

PREFEITURA MUNICIPAL
DE ITABAIANA

FUNDO MUNICIPAL
DA SAÚDE

RECEITUÁRIO

Nome: *Valmir Torquato de Faria*

BIOQUÍMICA:

- ☒ Ácido Úrico
- ☐ Albumina
- ☐ Amilase
- ☐ ASLO
- ☐ Bilirrubina Total
- ☐ Direta e Indireta
- ☐ C3, C4, CH50
- ☐ Cálcio Iônico
- ☐ Cálcio Total
- ☐ CK-MB
- ☐ Cloro
- ☐ CTR Total
- ☒ Creatinina
- ☐ Entor Reumatóide
- ☐ Ferro Sérico
- ☐ Ferritina
- ☐ Fosfatase Alcalina
- ☐ Fosfatase Ácida
- ☒ Fosfatase Alcalina
- ☐ Fósforo
- ☐ Frutosemina
- ☒ Gama GT
- ☐ Glicemia Jejum
- ☐ Glicemia Pós-prandial
- ☒ Hb Glicosilada
- ☐ Lipase
- ☒ Lipoproteínas
- ☐ Magnésio
- ☐ Prot. C Reativa
- ☐ Prot. C Reativa
- ☐ Triacilglicerol
- ☒ Potássio

- ☐ Prot. Total e Frações
- ☒ Sódio
- ☒ TGO/AST
- ☒ TGP/ALT
- ☐ Transferrina
- ☒ Uréia

HEMATOLOGIA

- ☐ Eritrograma
- ☒ Hemograma Completo
- ☐ Leucograma
- ☐ Reticulócitos
- ☐ TC
- ☐ TP
- ☐ TS
- ☐ TTPa
- ☐ VHS

HORMÔNIOS

- ☐ Anti-TPO
- ☐ Beta HCG
- ☐ Estradiol
- ☐ FSH
- ☐ LH
- ☐ Progesterona
- ☐ Prolactina
- ☐ T3 Total
- ☒ T4 Livre
- ☒ TSH Ultrassensível
- ☐ Testosterona Livre e Total

- ☐ Toxoplasmose
- ☐ IgM/IgG
- ☐ VDRL
- ☐ Weller Rose
- ☐ Widal

IMUNO HEMATOLOGIA

- ☐ Coombs Direto
- ☐ Coombs Indireto
- ☐ Grupo Sanguíneo (ABO, Rh)

IMUNOLOGIA

- ☐ Anti HAV IgM/IgG
- ☐ Anti HBS
- ☐ Anti HVC
- ☐ Chagas
- ☐ Citomegalovírus IgM/IgG
- ☐ Dengue
- ☐ HBe Ag
- ☐ HIV I e II
- ☐ IGE Total
- ☐ Mononucleose
- ☒ PSA Livre e Total
- ☐ Rubéola IgM/IgG
- ☐ Teste do Pezinho
- ☐ Toxoplasmose IgM/IgG

EXAMES DE URINA

- ☒ Microalbuminúria
- ☐ Proteínúria 24 horas
- ☐ Sumário de Urina
- ☐ Urocultura c/ Cont. Colônias e Antibiógramas

EXAMES DE FEZES

- ☐ EFF MIF
- ☒ EFF 3 amostra
- ☐ Parasitológico (EFF)
- ☐ Pesquisa de Leucócitos
- ☐ Sangue Oculto Fezes
- ☐ Swab anal (Oxiurus)
- ☐ Coprocultura + TSA

OUTRAS:

()

Just.:

5102119





ITABAIANA
Forte como seu povo

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITABAIANA

FUNDO MUNICIPAL MUNICIPAL
DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Walner Torquato de Faria

- M. A. PA 24h

15/06/19
Dr. Edson Carlos Lima da Silva
Médico
CRM 367



AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: WALDIR TORRES F.

PL MÃO @
APROBADO +
perfil

[Handwritten signature]

DATA 1/1

MÉDICO (Assinatura e carimbo)

WARMIA TOBACCO DE FARM



HOSPITAL DR. PEDRO GARCIA MORENO FILHO

Receituário

FLANCOX 500mg.....01 cx
TOMAR 01 COMPRIMIDO DE 12/12 HS

2 # A CIBACIL
30 MSO

10/06/15

Dr. Leonardo Passos
Cirurgião do Ombro
Ortopedista Traumatologista
CRM-5550 ROR 14308

Avenida 13 de Junho, nº 776 - Centro - Itabaiana-SE - Fone: (79) 3432-9200



AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Wagner Roberto Am

RX NAS @ VÍCIOUS +
ACUFIL

[Large handwritten flourish or signature]

Dr. Constâncio Teófilo L.
Osteopata
Médico de 1ª e 2ª
Cirurgião

DATA 1 / 1

MÉDICO (Assinatura e carimbo)



GOVERNO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE



AMBULATÓRIO DE RETORNO DO HUSE

RECEITUÁRIO

PACIENTE: Walmir Fausto de Faria

Fisioterapia motora — no sessão
na @

F — 1 — folha parietal
de 2 = 805 @

Dr. Vitor Viana
Médico CRM SE 5405
MR. Ortopedia e Traumatologia

DATA 1 / 1

MÉDICO (Assinatura e carimbo)



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE SERGIPE - HUSE
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



NOME: WILSON DA SILVA DE PA

R_x

ALGINAC 2000 22.00
01 caixa

USO: Oral, 1 comprimido de 8h/8h por 05 dias.

DIPIRONA 500mg 12.00
01 caixa

Uso: Oral, 1 comprimido de 6/6h.

CEFALEXINA 500mg 66.00
28 comp.

Uso: Oral, 1 comprimido de 6/6h por 7 dias.

02/10/19

Welson Santos
MR. Ortopedia e Traumatologia
CRM 151.519

SA+ FARMACIAS

De acordo com o artigo 44 da Portaria SVS/MS nº 306/98, a SA+ FARMACIAS é responsável por garantir a qualidade e a segurança dos medicamentos e produtos farmacêuticos distribuídos e comercializados.

controlados

Yenara dos Santos

Assinatura do cliente



Rua São Paulo, 167
Fone: (79) 99656-2964
Itabaiana - SE 000315

Nome: Valmir Torguato De Farias
RG: 2.734.568-3 Data de Nasc.: 11/10/1951
End: Rua Francisco M. Vieira, N. 4248
Cidade: Itabaiana Tel: 99820-6174
Vend.: Ynguita compra 27/08/19 Entrega: 27/08/19 Médico: ---

OD	Estético	CL	EXO	DNP	AD
	Esportivo	CL	EXO	DNP	AD
OE	Estético	CL	EXO	DNP	AD
	Esportivo	CL	EXO	DNP	AD

TIPO DE ARMAÇÃO

☐ NYLON	☒ ZIG ZAG FIBRA	☒ NOVA ☐ CUENTE
☐ PARAFUSO	☐ OCULOS ESPORTE	
☐ METAL	☐ CLIPON	

ESTADO DA ARMAÇÃO: Nova

MD: Alt: 1,70 P: 3123 ALT: 5094 DI: 5315 140

TRATAMENTO				COLORAÇÃO			
☐ Anti Reflexo	☐ Minilux	☐ ROSA	☐ CINZA	☐ MARROM	☐ G15		
☐ Estrucamento	☐ Anti-risco	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ DEGRADÉ		
Código de Armazenamento: <u>3123</u>		Código de Venda: <u>Plasma</u>		Subtotal: <u>300,00</u>		Total: <u>300,00</u>	

QUANT. PRESTAÇÕES: 6x

FORMA DE PAGAMENTO	VALOR DA PRESTAÇÃO:
☐ Dinheiro	☒ Cartão
	☐ Promissória

OBS: Para o cartão 6x

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ÁSL-0358010/19

Vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA

CPF: 078.631.015-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 10/06/2019

Titular do CPF: WALMIR TORQUATO DE FARIA

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



WALMIR TORQUATO DE FARIA : 078.631.015-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 14/10/2019
Nome: WALMIR TORQUATO DE FARIA
CPF: 078.631.015-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

WALMIR TORQUATO DE FARIA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS **ID**

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA WALMIR TORQUATO DE FARIADATA DO ACIDENTE 10/06/2019 CPF DA VÍTIMA 038.631.015-49

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☒ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____ENDEREÇO DO PORTADOR RUA FRANCISCO OLIVEIRANº 4248 COMPLEMENTO CASA BAIRRO CENTROCIDADE ITABAIANA UF SE CEP 49509-167E-MAIL _____ TELEFONE (79) 99820-6134

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

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

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

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

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.
- O PRAZO PARA O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS, CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA NA SEGURADORA LÍDER DPVAT
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 03/10/2019IDENTIFICAÇÃO 3445681-SSP/SEASSINATURA [Assinatura]

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

DATA 03/10/19 MATR. CORREIOS 83280380NOME TASSIO LEITE DA TRINDADEASSINATURA [Assinatura]

Matr. 151728-028-0

COOATAXI - COOPERATIVA ALTERNATIVA DE ITABAIANA LTDA.

CNPJ: 12.920.824/0001-69
Rua Vestia Maria de Góis, nº228 - Itabaiana/SE
Cel.: (79) 99963-6762 / 99829-5109

RECIBO

R\$ **50,00 12 R\$**

Recebi (emos) de: Volmir Tarquato
à importância supra de R\$: 50,00

Referente a: _____

Para clareza firmo o presente recibo

Itabaiana/SE, 1 de Agosto de 2019

Assinatura

sócio
Nº

COOATAXI - COOPERATIVA ALTERNATIVA DE ITABAIANA LTDA.

CNPJ: 12.920.824/0001-69
Rua Vestia Maria de Góis, nº228 - Itabaiana/SE
Cel.: (79) 99963-6762 / 99829-5109

RECIBO

R\$ **36,00 13 R\$**

Recebi (emos) de: Volmir Tarquato
à importância supra de R\$: 36,00

Referente a: _____

Para clareza firmo o presente recibo

Itabaiana/SE, 22 de Agosto de 2019

Assinatura

sócio
Nº

COMTAXI - COOP. MISTA DE TÁXI DE ITABAIANA

CNPJ: 01.680.182/0001-51
Rua Itaporanga S/N - Centro
Cep.: 49.500-000 - Itabaiana - SE

RECIBO

R\$ **50,00**

Recebi(emos) de: Volmir Tarquato

a quantia de 50,00

Referente a: _____

Para clareza firmo o presente recibo.

18 de Julho de 2019

Assinatura

COOATAXI - COOPERATIVA ALTERNATIVA DE ITABAIANA LTDA.

CNPJ: 12.920.824/0001-69
Rua Vestia Maria de Góis, nº228 - Itabaiana/SE
Cel.: (79) 99963-6762 / 99829-5109

RECIBO

R\$ **36,00 11**

Recebi (emos) de: Volmir Tarquato
à importância supra de R\$: 36,00

Referente a: _____

Para clareza firmo o presente recibo

Itabaiana/SE, 18 de Agosto de 2019

Assinatura

sócio
Nº

COMTÁXI - COOP. MISTA DE TÁXI DE ITABAIANA

CNPJ. 01.680.182/0001-51
Rua Itaporanga S/N - Centro
Cep.: 49.500-000 - Itabaiana - SE

RECIBO

R\$ 16,00

Recobi(emos) de DELESEIS ALKAN

a quantia de

Referente a

Para clareza firmo o presente recibo.

25 de 07 de 2012

Assinatura

COOPERATIVA DE TÁXI ITABAIANA

 **COOPERTAXI**

CNPJ. 07.716.692/0001-18
Rua Barão do Rio Branco, 181 - Centro
Itabaiana/SE CEP.: 49.500-000

RECIBO

R\$ 50,00

Recobi(emos) de WALMIR TORQUATO

a quantia de

Referente a

Para clareza firmo o presente recibo.

10 de 08 de 2012
Gilton Rodrigues dos Santos
Assinatura

COMTÁXI - COOP. MISTA DE TÁXI DE ITABAIANA

CNPJ. 01.680.182/0001-51
Rua Itaporanga S/N - Centro
Cep.: 49.500-000 - Itabaiana - SE

RECIBO

R\$ 16,00

Recobi(emos) de Walmar Torquato

a quantia de

Referente a

Para clareza firmo o presente recibo.

30 de 07 de 2012

Assinatura

COOATAXI COOPERATIVA ALTERNATIVA DE TAXI DE ITABAIANA LTDA

CNPJ.: 12.920.824/0001-69
Rua Vesta Maria de Gois, 228 - Itabaiana/SE
Tel.: 9824 - 5242 / 9903-8372 / 9950-1297

RECIBO

R\$ 50,00

Recobi(emos) de Walmar Torquato

a quantia de

Referente a

Para clareza firmo o presente recibo.

14 de 08 de 2012
Assinatura

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0358010/19

Vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA

CPF: 078.631.015-49

Seguradora: PREVIMIL VIDA E PREVIDENCIA S/A

Data do acidente: 10/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WALMIR TORQUATO DE FARIA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

WALMIR TORQUATO DE FARIA : 078.631.015-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 14/10/2019
Nome: WALMIR TORQUATO DE FARIA
CPF: 078.631.015-49

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/10/2019
Nome: Karen Rosa de Oliveira Azevedo
CPF: 131.414.327-16

WALMIR TORQUATO DE FARIA

Karen Rosa de Oliveira Azevedo

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190584261

Vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), WALMIR TORQUATO DE FARIA

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, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190584261

Vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA

Data do Acidente: 10/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), WALMIR TORQUATO DE FARIA

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\$ 337,50

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 10%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 = R\$ 337,50

Recebedor: **WALMIR TORQUATO DE FARIA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000561**

Conta: **0000025706-0**

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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: 078.631.015-49 4 - Nome completo da vítima: WALMIR TORQUATO DE FARIA

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

5 - Nome completo: WALMIR TORQUATO DE FARIA 6 - CPF: 078.631.015-49
 7 - Profissão: PASTOR 8 - Endereço: RUA FRANCISCO OLIVEIRA 9 - Número: 4248 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: CENTRO 12 - Cidade: ITABAIANA 13 - Estado: SE 14 - CEP: 49509-167
 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): (79)9 9820-6174

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

AGÊNCIA: 0561 CONTA: 25706 (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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo (verboes)? ☐ 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 daqueles 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 rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

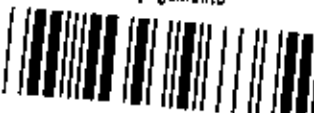
38 - 1ª | Nome:

CPF:

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Autorização de pagamento

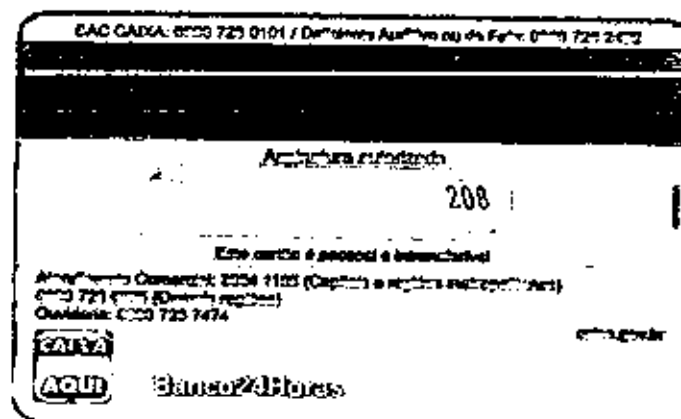


Assinatura do

40 - Local e Data, ITABAIANA-SE, 03/10/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO A GRUPOS VULNERÁVEIS-
ITABAIANA - ITABAIANA - SE

2º Cartório de Notas de Itabaiana
Cartório de Notas
ITABAIANA
Prça. Fausto Cardoso, 75 - Centro - CEP: 49500-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (79) 3431-2384 - E-mail: daniel@cartorio.com.br

AUTENTICACAO
Certifico que a presente copia e reproducao fiel do original que
me foi arquivado. Dou fé.
Itabaiana - SE, 07 de outubro de 2019
SANDRA DINI DOS SANTOS LEANDRO
Belo Tr: 8E-20192951002577 Assine:
www.180-ja.br/2019/10/07



BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 096435/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Inicio do Registro: 13/09/2019 11:10 Data/Hora Fim: 13/09/2019 14:47
Delegado de Policia: Josefa Valéria Nascimento Andrade

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia Especial de Atendimento A Grupos Vulneráveis- Itabaiana

Data/Hora do Fato: 10/06/2019 08:00

Local do Fato

Município: Itabaiana (SE)
Logradouro: RUA MANOEL GARANGAU

Bairro: Centro

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20204: Praticar lesão corporal culposa - Aumento de Pena - lesão corporal de natureza grave ou gravíssima (Alterado pela Lei nº 13.546, de 2017) (Vigência a partir de 19/04/2018) (Art. 303, § 2º da Lei dos Crimes de Trânsito)	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WALMIR TORQUATO DE FARIA (COMUNICANTE, VÍTIMA)			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: BA - Ilhéus	Sexo: Masculino	Nasc: 17/10/1951
Profissão: Aposentado			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Ana Maria Torquato			
Endereço			
Município: Itabaiana - SE			
Logradouro: RUA FRANCISCO OLIVEIRA		Nº: 4248	
Bairro: CENTRO			
Telefone: (79) 89820-6174 (Celular)			

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Itabaiana - SE

Boletim de ocorrência



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Relata o declarante que no dia e local mencionados, estava trafegando em via pública, quando foi surpreendido por uma motocicleta, que acabou atropelando-o. QUE, após o atropelamento, o declarante acabou desmaiando e por conta disto, não conseguiu verificar as características do veículo, descobrindo posteriormente, que o motociclista havia evadido-se. QUE, em decorrência do acidente, precisou ser socorrido e encaminhado ao Hospital Regional Dr Pedro Garcia Moreno e segundo relatório médico, o paciente foi vítima de atropelamento por motocicleta, sofrendo um trauma em sua mão esquerda. QUE, por conta disto, precisou passar por um procedimento, para regularizar a situação da sua mão, entretanto, até o momento, continua com sequelas e sequer consegue fecha-las. QUE, o declarante foi submetido a cirurgia. QUE registra a ocorrência para fins de seguro DPVAT.



Delegado de Policia Civil: Josefa Valéria Nascimento Andrade
Impresso por: Jamille Oliveira Brito
Data de Impressão: 13/09/2019 14:47
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE SERGIPE
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ESPECIAL DE ATENDIMENTO A GRUPOS VULNERÁVEIS-
ITABAIANA - ITABAIANA - SE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 096435/2019

ASSINATURAS

Jamille Oliveira Brito
Agente de Polícia
31792782
Polícia Civil de Sergipe

Jamille Oliveira Brito
Responsável pelo Atendimento

Waldir Torquato da Faria
(Vítima / Comprometido)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) titular/responsável pelas informações acima declaradas e ciência que posso ser responsabilizado(a) civil e criminalmente pela presente declaração que do(a) origin, conforme previsto nos Artigos 339 (Imputação Culposa) e 340 (Comunicação Falsa de Crime) do Código Penal Brasileiro."

2º
CARTÃO DE NOTAS
ITABAIANA

"2º Cartório de Notas de Itabaiana"
Praça Fausto Cardoso, 75 - Centro - CEP:46500-000 - Itabaiana/SE
Fone/Fax: (78) 3431-2294 - E-mail: notario2@ol.com.br

AUTENTICAÇÃO
Certifico que a presente cópia e reprodução fiel do original que
me foi exibido. Dou fé
Itabaiana - SE, 02 de outubro de 2019

SANDRA DINIZ DOS SANTOS LEANDRO
Selo TJSE: 201828518062577 Acama
www.tjon.jus.br/ANAXEPJ

