



Número: **0000085-53.2020.8.17.3520**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Vara Única da Comarca de Triunfo**

Última distribuição : **27/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
JOSE RONALDO GOMES DA SILVA (AUTOR)		HAROLDO MAGALHAES DE CARVALHO (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
67916686	14/09/2020 16:51	ANEXO 1	Outros (Documento)

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:	16/09/2019
------------------------	------------

NUMERO DO DOCUMENTO:	
----------------------	--

VALOR TOTAL:	675,00
--------------	--------

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02739-1

CONTA: 000000021527-9

Nr. da Autenticação 58FF0D87B0C16D43



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610

Cidade: Triunfo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do acidente: 05/06/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ, DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO PARA A MOBILIDADE E DOR A PALPAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

Observações:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX E METATARSO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **4 ANOS

*SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Número do Sinistro: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA : 064.809.724-22

Autorização de pagamento

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: 22/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

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

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA : 064.809.724-22

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES : 064.809.724-22

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.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 08/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

ANTONIO PEREIRA FILHO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES





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 Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14696924

Pag. 01447/01448 - carta_01 - INVALIDEZ





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, 27 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPTÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01861/01862 - carta_02 - INVALIDEZ

00010931



Carta nº 14744484





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, 22 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do Acidente: 05/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

Valor: R\$ 675,00

Banco: 001

Agência: 000002739-1

Conta: 0000021527-9

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.

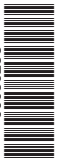
Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00575/00576 - carta_15R - INVALIDEZ

00030288





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:

4 - Nome completo da vítima:

- 1 -

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

064.809.724-22

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

RECUSO

ST. BOM JESUS

23

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

ZONA RURAL

TRIUNFO

PE

56.870-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

TRINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM

07-9735-5533

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:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

064.809.724-22

RECUSO

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\$1.000,00 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 abertos. Assinale uma opção)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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.

Peço motivo assinado, 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 nascituro (nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES-PE 05/08/2019

08 AGO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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:

4 - Nome completo da vítima:

- 11 -

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

064.809.724-22

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

RECUSO

ST. BOM JESUS

23

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

ZONA RURAL

TRIUNFO

PE

56.870-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

TRINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM

07-9735-5533

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:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

064.809.724-22

RECUSO

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\$1.000,00 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 abertos. Assinale uma opção)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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.

Peço motivo assinado, 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 contestação, 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 (nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES-PE 05/08/2019

08 AGO 2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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: 4 - Nome completo da vítima: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA 6 - CPF: 064.809.724-22
7 - Profissão: RECUSO 8 - Endereço: ST. DOM JESUS 9 - Número: 23 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ZONA RURAL 12 - Cidade: TRIUNFO 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.870-000
15 - E-mail: TOINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM 16 - Tel. (DDD): 07-9735-5533

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: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA
18 - CPF do Representante Legal: 064.809.724-22 19 - Profissão do Representante Legal: RECUSO

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) (Informar o dígito se existir)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL
AGÊNCIA: 2739 1 CONTA: 21.527 9
(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 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 LIDER 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 nascituro(s) (assinador)? ☐ 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 LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES-PE 05/08/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
19/08/2019 - Autotendimento - 15:39:38
106074889 0002

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO JOSE RONALDO GOMES SILVA
AGENCIA: 2739-1
CONTA: 21.527-9
VALOR * 5.00
NR. ENVELOPE 2.289.226.436

* Acolhido em: 19/08/2019, na Agência 1060-X.

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apos o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4083-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0800-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

21 AGO 2019



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
15/08/2019 - Autoatendimento - 15:39:38
106074889 0902

COMPROVANTE DE ENTREGA DE ENVELOPE
DEPOSITO EM CONTA CORRENTE - DINHEIRO

FAVORECIDO	JOSE RONALDO GOMES SILVA
AGENCIA:	2739-1
CONTA:	21.527-9
VALOR *	5,00
NR. ENVELOPE	2.289.226.436

* Acolhido em: 15/08/2019, na Agência 1868-X,

SEU ENVELOPE SERA PROCESSADO
NO PROXIMO DIA UTIL.

*VALOR SUJEITO A CONFERENCIA

Depositos realizados durante o expediente
bancario serao conferidos e processados
ate as 23h59 do mesmo dia. Apes o expediente
bancario, aos sabados, domingos e feriados,
ate as 23h59 do primeiro dia util subsequente.

Se houver divergencia no valor depositado,
o envelope sera processado pelo valor
apurado. Envelopes vazios nao serao abertos
e permanecerao disponiveis por 60 dias na
agencia onde foi depositado, para visualizacao.

Acompanhe o processamento do seu deposito nos
canais BB na opcao "Consulta Envelope":
Aplicativo BB / www.bb.com.br / Caixa Eletronica
Central de atendimento BB: 4000-0148
(capitais e regioes metropolitanas)
ou 0600-729-0148 (demais localidades).

Leia no verso como conservar este documento,
entre outras informacoes.

21 AGO 2019



**Lauda de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190469610
Nome do(a) Examinado(a): Anna Beatriz da Silva Gomes
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Bom Jesus, S/N
Alto do Bom Jesus Triunfo PE CEP: 56870-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 6680564
Data local do acidente: [05/06/2019]
Data local do exame: [30/08/2019] Serra Talhada [PE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:
FRATURA DO PÉ
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.
Tratamento: REALIZADO LIMPEZA CIRÚRGICA.
Complicações: SEM COMPLICAÇÕES.
Data da Alta: 13/08/2019
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:
AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ, DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.
- IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?
(X) Sim () Não
- V. Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?
(X) Sim () Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:
LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).
- | | |
|--|---|
| () "Vítima em tratamento"
<i>Esta avaliação médica deve ser repetida em dias</i> | () "Sem seqüela permanente"
<i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i> |
|--|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- | | |
|---|---|
| Região Corporal (Sequela):
PÉ - Lado Direito
% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
| Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo | Região Corporal (Sequela):
% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo |
- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM


Dr. Genesio A. Silva
CRM: 15.132
Ortopedia-Traumatologia
Hospital São Francisco





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 181ª CIRCUNSCRIÇÃO - TRIUNFO -
DP181ªCIRC DINTER2/21ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0271000194**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **07/06/2019** às **22:57**

ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **6/6/2019** às **06:30**

Natureza Jurídica: **ATROPELAMENTO (MOTOCICLETA)**
Fato ocorrido no endereço: **LADEIRA DO SÍTIO BOM JESUS (LADEIRA NOVA DO SESC), BAR DE GOVEIA - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 81 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

RODRIGO LOPES DA SILVA (AUTOR / AGENTE)
JÉGEN LOPES DA SILVA (OUTRO)
IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA (TESTEMUNHA)
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO, (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(s) Sr(a) **RODRIGO LOPES DA SILVA**

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

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **LIEGEN LOPES DA SILVA** Pai: **JOSE RONALDO GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **18/2/2015** Nacionalidade: **SERRA TALHADA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10735531/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Telefones Celulares: **992872914**

Residência: **CASAS POPULARES (SÍTIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **RUA MUNICÍPIO DE TRIUNFO, 12 - CEP: 54600-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL**

LIEGEN LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: **MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA** Pai: **MANGEL LOPES DA SILVA** Data de Nascimento: **8/12/1989** Nacionalidade: **TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10023000/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **AMASIADO(A)** Escolaridade: **1ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **992872914**

08 AGO 2019

07/06/2019 22:51



Residência: CASAS POPULARES (SITIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
Próximo a: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 12 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO -
TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

RODRIGO LOPES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe:
GERALDA MARIA Pai: IVALTECIO LOPES DA SILVA Data de Nascimento: 9/2/1986
Naturalidade: BELEM DO SAO FRANCISCO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
7829595/SDS/PE (RG), 86762376454 (CPF), 05326114665 (GNH) Estado Civil: CASADO(A)
Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
988182373

Residência: SITIO MATA REDONDA, PROPRIEDADE DE CARIBE -
TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 61 - CEP:
54000-000 - Bairro: CENTRO - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL, PROPRIEDADE DE
CARIBE

IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA (presente ao plantão) - Sexo:
Feminino Mãe: MARIA NOGUEIRA DE PADUA Pai: JOSE LOPES DE PADUA Data de
Nascimento: 21/1/1978 Naturalidade: TRIUNFO / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos:
5215931/SSP/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO
Profissão: AGRICULTOR(A) Telefones Celulares:
96467543

Residência: CASAS POPULARES (SITIO BOM JESUS) - TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL
Próximo a: RUA MUNICIPIO DE TRIUNFO, 63 - CEP: 54000-000 - Bairro: CENTRO -
TRIUNFO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a) RODRIGO LOPES DA
SILVA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS ESD Objeto apreendido: Nã
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PGM3284 (PERNAMBUCO/SERRA TALHADA) Renavam: 595932673 Chassi:
9C2KD0648ER011338
Ano Fabricação/Modelo: 2013/2014 Combustível: ALCO/GASOL
Descrição: HONDA NXR 150 BROS ESD, DE COR PRETA, ANO 2013/2014, PLACA
PGM-3284/SERRA TALHADA

Complemento / Observação

ESTA DELEGACIA DE POLICIA FOI INFORMADA POR FAMILIARES DA VITIMA, QUE NO
DIA 05 DE JUNHO DE 2019, POR VOLTA DAS 06:30 HORAS DA MANHA A MENOR DE
NOME ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES TERIA SIDO ATROPELADA POR UMA
MOTOCICLETA DE COR PRETA NAS PROXIMIDADES DO BAR DE GOVEIA NA LADEIRA
DE ACESSO NOVO AO HOTEL DO SESC. SEGUNDO FAMILIARES A CRIANÇA VINHA NA
COMPANHIA DA MÃE DE NOME LIEGEN LOPES DA SILVA E DE UMA OUTRA
SENHORA DE NOME IVANA ROBERTA GONÇALVES. AINDA SEGUNDO FAMILIARES O
AUTOR DO ACIDENTE QUE CONDUZIA A MOTOCICLETA ERA A PESSOA DE RODRIGO
LOPES DA SILVA O QUAL RELATOU QUE TERIA PERDIDO O CONTROLE DA
MOTOCICLETA DEPOIS QUE A MESMA TERIA FURADO O PNEU DIANTEIRO, NAO
DANDO TEMPO DE LIVRAR AS TRÊS PESSOAS QUE FORAM ATINGIDAS NO MOMENTO
DA COLISÃO (ATROPELAMENTO). A CRIANÇA ENVOLVIDA NO ACIDENTE DE APENAS
04 ANOS FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL LOCAL E EM SEGUIDA TRANSFERIDA
PARA O HOSPITAL REGIONAL DE AFOGADOS DA INGAZEIRA COM PROVAVEL
FRATURA NO PE DIREITO COMO CONSTOU O LAUDO MEDICO NO PRIMEIRO
ATENDIMENTO. O CONDUTOR DA MOTOCICLETA E AS OUTRAS DUAS PESSOAS QUE
ACOMPANHAVAM A CRIANÇA TIVERAM LESÕES SEM GRAVIDADE. A MOTOCICLETA
ENVOLVIDA NO ACIDENTE NAO FOI APREENDIDA TENDO O CONDUTOR ENVOLVIDO
APRESENTADO APENAS O DOCUMENTO NO DIA SEGUINTE AO FATO.

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



LIEGEN LOPES DA SILVA
(OUTRO)

RODRIGO LOPES DA SILVA
(AUTOR AGENTE)

IVANA ROBERTA GONÇALVES DE PADUA
(TESTEMUNHA)

B.O. registrado por: THONY ALEXANDRE ANTAS RODRIGUES



08 AGO 2019 2019 22:51





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:

4 - Nome completo da vítima:

- 11 -

ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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

5 - Nome completo:

6 - CPF:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

064.809.724-22

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

RECUSO

ST. BOM JESUS

23

CASA

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

ZONA RURAL

TRIUNFO

PE

56.870-000

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

TRINHODEAMELIA@HOTMAIL.COM

07-9735-5533

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:

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

064.809.724-22

RECUSO

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\$1.000,00

☐ 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 abertos. Assinale uma opção)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO: BANCO DO BRASIL

☐ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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.

Peço motivo assinado, 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 nascituro (nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/vivos?

☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

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:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FLORES-PE 05/08/2019

08 AGO 2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

MATRÍCULA:
1311930155 2015 1 00068 130 0015708 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Quinze de Fevereiro de Dois Mil e Quinze

DIA MÊS ANO

15 2 2015

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

06:55 Serra Talhada - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Triunfo - PE

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHAES

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

LIEGEN LOPES DA SILVA e JOSÉ RONALDO GOMES DA SILVA

AVÓS

MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA e MANOEL LOPES DA SILVA

FRANCISCA GOMES DA SILVA

GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Dez de Março de Dois Mil e Quinze

NÚMERO DA DNV

30642171060

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

ATO GRATUITO.

Cartório do Registro Civil de Triunfo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Triunfo, 10 de março de 2015

TRIUNFO

RUA CEL MONTEIRO, 72 - CEP: 56.870-000 - Centro - Triunfo - PE



O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:
<https://www.programamirabcertidao.pe.gov.br/verificacoes/certidao.jsp>
Informe o código: 094F7A00-05C3-427E-BD53-1E2D3FC2D9A0

Data da Assinatura: 10/03/2015 15:18:18

08 AGO 2019





PREFEITURA MUNICIPAL DE TRIUNFO
Fundo Municipal de Saúde
UNIDADE MISTA DE TRIUNFO FELINTO WANDERLEY
BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Data e Hora: 05.06.19 07:08 Nº. Ocorrência: 0441
Nome: Maria Beatriz da Silva Gomes Data Nascimento: 15-02-75
Profissão: Sexo: F Doc. Ident.:
End.: Cam. Habitacional - St. Brown Jesus
Responsável: Sílvia Lopes da Silva (mãe)
End/Fone: mto 1111
Tipo de Atendimento: Acidente de Trânsito ☐ Acidente de Trabalho ☐
Agressão ☐ Consulta ☐

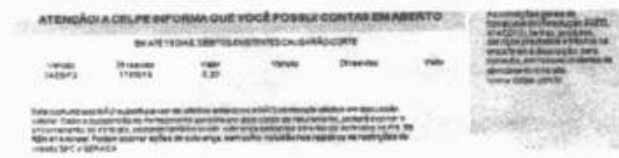
Pressão Arterial: Pulso: Temperatura:
Histórico e Exame Físico:
Paciente trazida por parentes devido a histeria de origem de neta com
perda de memória há alguns dias no período de 1 semana. Não responde com verbos.
Se trata de 66kg, com histeria após resposta a depressão.
- AR e CO 2 em nível normal. Ref. 1.3.3.5.
Tratamento: Est. sedando a dor no dente.
+ 100. Gentil? frígido?
Solicite histeria do histeria.
S 5699259
4 OSPITAL.

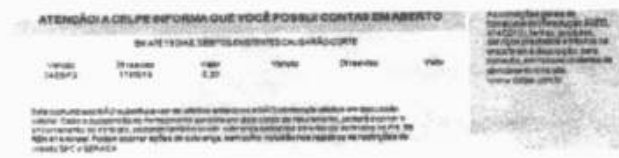
Impressão Diagnóstica: Dr. Cláudio de Carvalho Marques
CRM 22636

Destino do Paciente Removido para Hospital Residência ☐ Internado ☐ Transferido ☐
Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:
COMPROVAÇÃO DE ATO DECLARATÓRIO

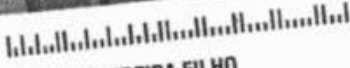






GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DESENVOLVIMENTO URBANO E HABITAÇÃO
SECRETARIA DA FAZENDA
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

Boleto de Pagamento de Licenciamento 2019
Veículos Usados

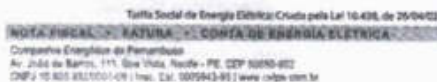

ANTONIO PEREIRA FILHO
RUA TRAV MANOEL SANTANA 56
CASA
CENTRO
56850-000 FLORES PE
PCK6268 HONDA/CG 160 FAN

Carta
PNEUMÁTICO 2019 DE PE
DETRAN-PE
← CONTRAIO
Data Postagem
21/01/2019

 *Pernambuco*

08 AGO 2019





ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA MANOEL SANTANA S/N

CENTROFLORES
FLORES PE
56850-000

DI RESORTSOM
BARKARENDÅ COMING

NUMERO DI IDENTIFICAZIONE	DATA DI EMISSIONE
4005938862	07/2019
DATA DI VALIDAZIONE	DATA DI SCADENZA
31/07/2019	23/08/2019
VALORE A PAGARE (€)	
248,40	

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Revêl. 30 kWh	30.0000000	0,16748324	1,81
Consumo Revêl. sueter a 30 ate 100 kWh	70.0000000	0,44493992	31,25
Consumo Ativ. sueter a 100 ate 220 kWh	120.0000000	0,88674696	80,38
Consumo Revêl. sueter a 220 kWh	88.0000000	5,73410854	73,67
Arquiteto Bandeira AMAPEL/A			3,78
Contro. Irm. Publica Municipal			48,34
CMR Subvênç. CDE-4F-08394477-2465/19			1,42
CMR Subvênç. Ir. Raulo Pente			2,55
Multa por atraso 4F-087062780-7208/19			3,78
Multa por atraso 4F-087062780-7208/19			0,56
Multa por atraso 4F-087062780-7208/19			0,65
Compensação CMC 69/19			-4,39
Bônus IAPAR - set 21.941.01.0.4362002			-2,3

TOTAL DA FATURA

249.40

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO VEICULO	TIPO DE PLAÇÃO	INTERIOR		LATERAL		Nº DE SINAIS	CONSTANTE	AJUSTE	CONDIÇÃO GERAL
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
0066705	CA7	10081209	45.130,30	10081209	45.007,30	12	1,2000		318,00

CONCLUSIONS AND COMMENTS

Cluster	Genes
C1	10
C2	20
C3	30
C4	40
C5	50
C6	60
C7	70
C8	80
C9	90
C10	100
C11	110
C12	120

[illegible]

	BASE DE CALCULO	%	VALOR MENS
ICMS	190,27	20,00	38,05
PIS	190,27	0,65	1,24
COFINS	190,27	3,80	7,33

Continued on next page

Gez. wirtsch. Erwerbslos	93	67,38	26,22%
Erwerbslos außer	88	7,43	3,71%
Stattfindung des (Teil)ges.	96	48,73	23,93%
Freizeit des Erwerbslos	92	14,22	7,22%
Erwerbslos betriebl. u.	91	9,42	4,58%
Erwerbslos	94	58,33	28,65%
Gesamt	90	100,00	100%

RESEARCH DESIGN AND METHODS

Consumo médio de 10 kWh	0,1332945
Consumo médio superior a 10 e até 20 kWh	0,2143022
Consumo médio superior a 20 e até 30 kWh	0,4738000
Consumo médio superior a 30 kWh	0,7387500

AREB F099-C080 E-253 JF08 T24C JAHG WJH

IMPORTANCE

[illegible]

DURAÇÃO E PROPOSIÇÃO DAS INTERFERÊNCIAS					QUANTO ÀS TEMPERATURAS		
CONDIÇÃO	VALOR PROPOSTO ANEXO 10/10	LÍMITE MÍNIMO	LÍMITE MÁXIMO	LÍMITE MÉDIO	TEMPERATURA (°C)		
					TEMPERATURA NOMINAL (°C)	LÍMITE DE VARIAÇÃO (°C)	
					INFERIOR	SUPERIOR	
ISO	8,36	8,82	10,86	11,79	220	201	231
PNL	1,00	1,30	6,71	13,46			
ENRGE	0,00	0,00	0,00	0,00			

1. *Journal of the American Medical Association*, 2000; 283: 2669-2675.

21 AGO 2019





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: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS - SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIO PEREIRA FILHO

inscrito (a) no CPF/CNPJ 452.545.084/134, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

JOSE RONALDO GOMES DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 064.809.724/22

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCA BEATRIZ DA SILVA GOMES

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:	Número:	Complemento:
<u>TV. MANOEL SANTANA</u>	<u>56</u>	<u>CASA</u>
Bairro:	Cidade:	Estado:
<u>CENTRO</u>	<u>FLORES</u>	<u>PE</u>
E-mail:	CEP:	Tel.(DDD):
<u>TAINHA@FAMELIA@HOTMAIL.COM</u>	<u>56.850-000</u>	<u>87.9935-5533</u>

Local e Data: FLORES-PE 05/08/2019

Antonio Pereira Filho
Assinatura do Declarante

08 AGO 2019

DLDR1.001 V001/2017





044

Data e Hora: 05.06.19 07:08		Nº. Ocorrência
Nome: Maria Beatriz da Silva Gomes		Data Nascimento: 15-02-75
Profissão:	Sexo: F	Doc. Ident.:
End.: Comp. Habitacional - St. Brás Jesus		
Responsável: Laízen Lopes da Silva (mãe)		
End/Fone: mto 1111		
Tipo de Atendimento:		
Acidente de Trânsito	☐	Acidente de Trabalho ☐
Agressão	☐	Consulta ☐

Pressão Arterial:	Pulso:	Temperatura:
-------------------	--------	--------------

Histórico e Exame Físico:

Mieux travailler en question double et hachons de valeurs de notes en
pour les une fois. Sans en dire un peu plus. Ne pas vouloir un autre

So E is a CCRy all individuals require another ~ 200.
- AR is W. AR E is AR S. RCR = 17 3/4.

Tratamento: Esc. adeno e dm no pi dentes.

105. CeuCuo? broken?

Solicite desenhos de hamefolgo

\$ 56 99.259

4. OBTAINAL.

Impressão Diagnóstica:

Dr. Christóvão de Carvalho Marques
CRIM-FE 22636

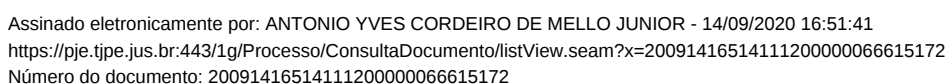
08 AGO 2019

Destino do Paciente
Removido para Hospital

Residência ☐Internado ☐Transferido ☐

Óbito às horas do dia

Médico - Carimbo e CRM:



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HREC

2 - CNES: 24281315

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HREC

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DA SAÚDE (CNS): 819800463019061144

6 - SIS PRENATAL:

7 - SENHA/REGULAÇÃO: 93462

8 - Nº DO PRONTUÁRIO:

9 - NOME DO PACIENTE: Dr. Rodrigo de S. Costa

10 - DATA DE NASCIMENTO: 15/02/2015

11 - SEXO: Masc ☐ Fem ☒

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Nadene Lopes de Nascimento

13 - Nº DO TELEFONE DE CONTATO:

14 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): B. Bonifácio - Casas populares -

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Tramanda

16 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: PIE

17 - UF: 5618101010

18 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRICO CLÍNICO/EXAME FÍSICO: Fim de Suplementar - Hb 10

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Prontuário + Exame físico + Hb 10

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fim de Hb 10

22 - CID 10 PRINCIPAL:

23 - DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIO: Fim de Hb 10

24 - CID 10 SECUNDÁRIO:

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Intensivismo

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

28 - CLÍNICA:

29 - CARATER DA INTERNAÇÃO:

30 - DOCUMENTO:

31 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 060128134-99

32 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 05/06/19

34 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Marcelo Alves

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - CNPJ DA SEGURADORA:

39 - Nº DO BILHETE:

40 - SÉRIE:

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

42 - CNAE DA EMPRESA:

43 - CBOR:

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

45 - EMPREGO:

46 - EMPREGO:

47 - EMPREGO:

48 - EMPREGO:

49 - EMPREGO:

50 - EMPREGO:

51 - EMPREGO:

52 - EMPREGO:

53 - EMPREGO:

54 - EMPREGO:

55 - EMPREGO:

56 - EMPREGO:

57 - EMPREGO:

58 - EMPREGO:

59 - EMPREGO:

60 - EMPREGO:

61 - EMPREGO:

62 - EMPREGO:

63 - EMPREGO:

64 - EMPREGO:

65 - EMPREGO:

66 - EMPREGO:

67 - EMPREGO:

68 - EMPREGO:

69 - EMPREGO:

70 - EMPREGO:

71 - EMPREGO:

72 - EMPREGO:

73 - EMPREGO:

74 - EMPREGO:

75 - EMPREGO:

76 - EMPREGO:

77 - EMPREGO:

78 - EMPREGO:

79 - EMPREGO:

80 - EMPREGO:

81 - EMPREGO:

82 - EMPREGO:

83 - EMPREGO:

84 - EMPREGO:

85 - EMPREGO:

86 - EMPREGO:

87 - EMPREGO:

88 - EMPREGO:

89 - EMPREGO:

90 - EMPREGO:

91 - EMPREGO:

92 - EMPREGO:

93 - EMPREGO:

94 - EMPREGO:

95 - EMPREGO:

96 - EMPREGO:

97 - EMPREGO:

98 - EMPREGO:

99 - EMPREGO:

AUTORIZAÇÃO

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO:

46 - Cód. Órgão Emissor:

47 - DOCUMENTO:

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO:

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

50 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO A DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 08 AGO 2019

Registro Nº 12.116.4
Data 12/06/2011
Hora 12:14

08 AGO 2019

UNIDADE

Laudo de Cirurgia

Nome do Paciente

Mr. Brading de S. G. G.

N.º do Registro

Data Admissão

Nome do Procedimento Cirúrgico

Asblando + limpeza + Sutura

Descrição do ato Operatório (Técnica, Ligaduras, Suturas, Drenagem, Fechamento)

Data	Início	Término	Duração	Gazes	Compr.	Drenos

pt - PAIS e 5 austeras toracal l.c

- Asblando + limpeza a SP, a
- Sutura de pele + curativo
- Curativo
- pele suspensa

11.555.200019.25
HOSPITAL DE CIRURGIA
Av. Amador de Aguiar, 100 - 5.º andar - PE
CEP: 55.000-000 - Av. da Ingazeira - PE

08 AGO 2019

1º Auxiliar

2º Auxiliar

Cirurgião

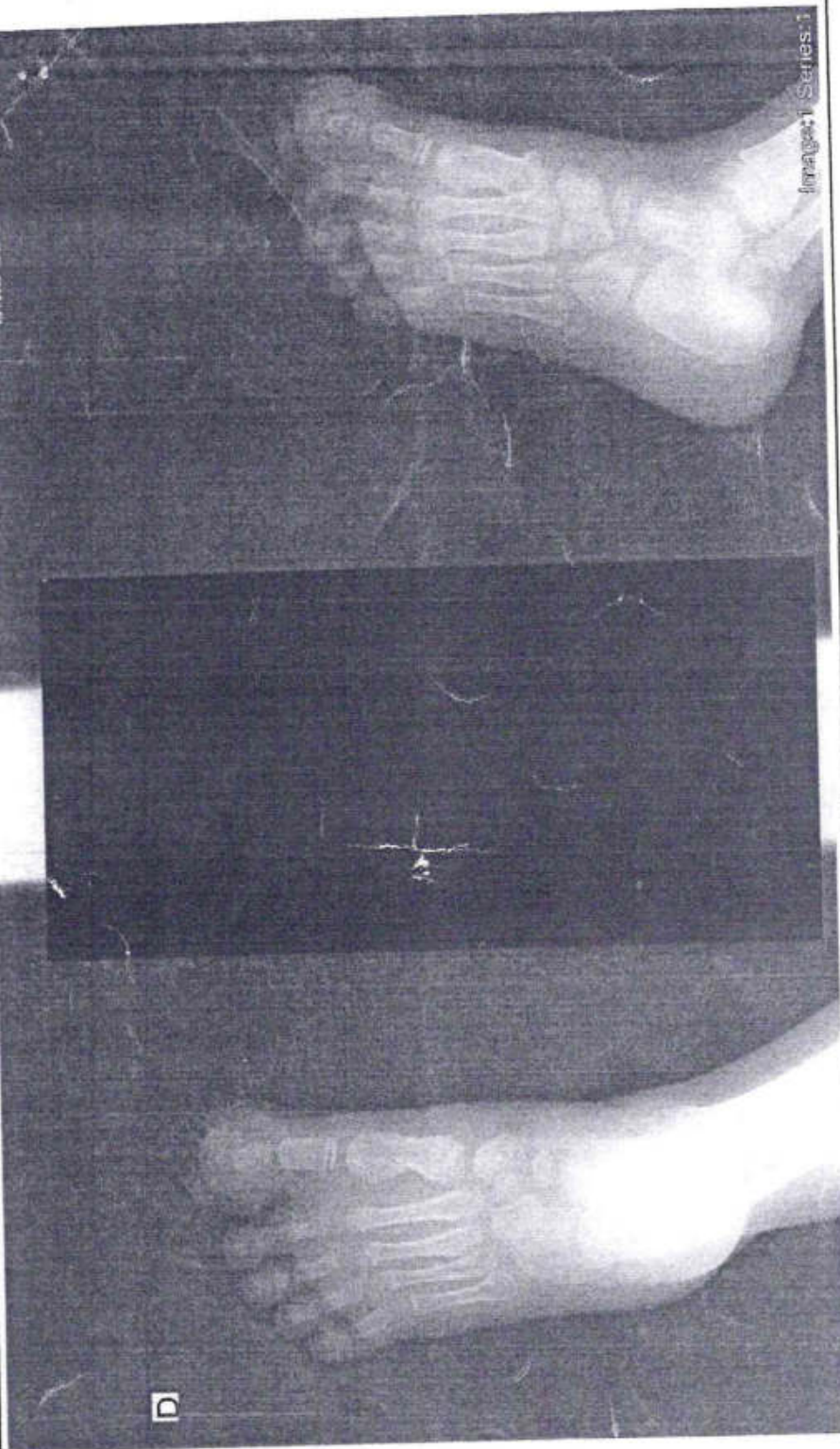
Dr. Marcelo Alves
Ortopedia e Traumatologia
Medicina do Trabalho
CRM-PE 7381 | CREMER-PE

Licença 107 2617-1002 19015-1320

PatientID: 2019060512230
Name: ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

Sex: Feminino
BirthDate: 15.02.2015
Age: 4a.

Data do estudo: 05.06.2019



08 AGO 2019



HOSPITAL REGIONAL EMÍLIA CAMARA
AFOGADOS DA INGAZEIRA - PE

GOVERNO DE
Pernambuco

ATESTADO MÉDICO

Atesto que:

Ana Beatriz Bonet Gle

Profissão:

está sob os meus cuidados médicos, devendo portanto:

- ☐ Afastar-se do trabalho por _____ dias
- ☒ Afastar-se das aulas por 30 dias
- ☐ Afastar-se da Educação Física por _____ dias
- ☐ É portador de deficiência física permanente incapacidade para sua atividade
- ☐ Encaminhado(a) ao INSS para Perícia Médica / Auxílio Doença*
- ☐ Acompanhante do paciente _____

* Os atestados Médicos, são apenas referência para a solicitação de benefício junto ao INSS.

Serão informados diagnósticos, o CID 10, e o tempo previsto na recuperação.

Fica a critério do Médico Perito, a avaliação e concessão ou não do benefício pretendido, de acordo com as observações que lhe forem pertinentes e legislação em vigor.

Diagnóstico:

Procedimento:

CID 10:

Afogados da Ingazeira

19 de 08 de 2019
Dr. André Santa Peixoto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 18426

08 AGO 2019



Hospital Regional Emília Câmara

AFOGADOS DA INGAZEIRA - PERNAMBUCO
RECEITUÁRIO

GOVERNO DE
Pernambuco

Nome:

Endereço:

SS:
Morce retina p/
Kds

Dr. André Pinto Peixoto
Ortopedia / Traumatologia
CRM-PE 9426

Data:

Médico CRM

08 AGO 2019



ANT BEATRIZ

Pro Rmsuamento

de

ORÇAMENTO

CLC

15 DIA


Dr. Leonardo A. Lima
Ortopedia/Traumatologia
CRM-PC 24.468

06/08/19

08 AGO 2019



REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS
CERTIDÃO DE NASCIMENTO

NOME:
ANNA BEATRIZ DA SILVA GOMES

MATRÍCULA:
1311930155 2015 1 00068 130 0015708 47

DATA DE NASCIMENTO POR EXTENSO

Quinze de Fevereiro de Dois Mil e Quinze

DIA MÊS ANO

15 2 2015

HORA MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

06:55 Serra Talhada - PE

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UF

Triunfo - PE

LOCAL DE NASCIMENTO

HOSPITAL PROFESSOR
AGAMENON MAGALHAES

SEXO

Feminino

FILIAÇÃO

LIEGEN LOPES DA SILVA e JOSÉ RONALDO GOMES DA SILVA

AVÓS

MARIA DO SOCORRO LIMA DA SILVA e MANOEL LOPES DA SILVA

FRANCISCA GOMES DA SILVA

GÊMEOS NOME E MATRÍCULA DO(S) GÊMEO(S)

NÃO

DATA DO REGISTRO POR EXTENSO

Dez de Março de Dois Mil e Quinze

NÚMERO DA DNV

30642171060

OBSERVAÇÕES AVERBAÇÕES

ATO GRATUITO.

Cartório do Registro Civil de Triunfo

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.

Triunfo, 10 de março de 2015

TRIUNFO

RUA CEL MONTEIRO, 72 - CEP: 56.870-000 - Centro - Triunfo - PE



O conteúdo deste documento foi assinado digitalmente pelo Oficial do Registro Civil.
Para verificar a sua autenticidade acesse o site abaixo:
<https://www.programamiracertidao.pe.gov.br/verificacão/certidao.jsp>
Informe o código: 094F7A00-05C3-427E-BD53-1E2D3FC2D9A0

Data da Assinatura: 10/03/2015 15:18:18

08 AGO 2019



vos de combate ao fogo existentes em seu local de trabalho. Você pode ter necessidade de usá-los algum dia.



ASSINATURA DO PORTADOR

0-8-460-2019





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **064.809.724-22**

Nome: **JOSE RONALDO GOMES DA SILVA**

Data de Nascimento: **12/08/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **31/01/2004**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **11:13:25** do dia **08/08/2019** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **3BB5.5A21.ED13.7D14**



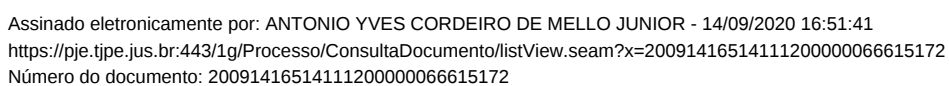
Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

08 AGO 2019

08/08/2019 11:13



08 AGO 2019

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610

Cidade: Triunfo

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

Data do acidente: 05/06/2019

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DO PÉ

Descrição do exame físico: AO EXAME FÍSICO APRESENTA PERDA DE TECIDO DO PÉ, DOR, LIMITAÇÃO DE MOBILIDADE DO HÁLUX E APRESENTA DISCRETA MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: APRESENTA LIMITAÇÃO PARA A MOBILIDADE E DOR A PALPAÇÃO.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/08/2019

Conduta mantida:

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190469610 **Cidade:** Triunfo **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES **Data do acidente:** 05/06/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DE HÁLUX E METATARSO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: **4 ANOS

*SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau residual - 10 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00



OUTORGADO:

PODERES: peid

Local e data: FLORES-PE 05/08/2019

Assinatura do outorgante
(Reconhecer firma por autenticidade)

Consulte *Antecedentes* en: www.ipee.org.bo/antecedentes



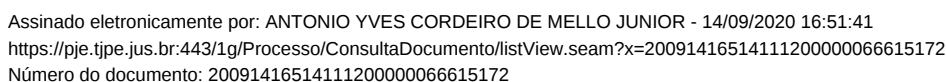
Substituta

Nome: _____
CPF: _____

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

08 AGO 2019



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0270718/19

Número do Sinistro: 3190469610

Vítima: ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES

CPF: 064.809.724-22

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 05/06/2019

CPF de: Representante

Titular do CPF: JOSE RONALDO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

ANTONIO PEREIRA FILHO : 452.545.084-34

Comprovante de residência

ANNA BEATRIZ DA SIVCA GOMES : 064.809.724-22

Autorização de pagamento

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: 21/08/2019
Nome: ANTONIO PEREIRA FILHO
CPF: 452.545.084-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/08/2019
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

ANTONIO PEREIRA FILHO

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES

