
Rio de Janeiro, 22 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338777

Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), DANIEL AMARAL DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338777

Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), DANIEL AMARAL 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

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200338777

Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

Data do Acidente: 17/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL AMARAL DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau leve 25%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 50%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: **DANIEL AMARAL DA SILVA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **341**

Agência: **000008310**

Conta: **0000038495-6**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**LAUDO 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: 3200338777

Nome do(a) Examinado(a): DANIEL AMARAL DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): Rua Setenta, 16, BL 16, Paulista/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: Não Informado / Não Informado

Data e local do acidente: 17/06/2020 - /PE

Data e local do exame: 15/10/2020 - Recife/PE

Coordenadas Geográficas: latitude: -8.05634 , longitude: -34.8981

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

fratura de 5 metatarso esquerdo exposta

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

tratamento cirurgico com fio K, evoluindo com consolidação viciosa, rotação externa. Não fez fisioterapia, alta em 03/09/2020.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 10°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento normal, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 5°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

IV. Nexos de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

limitação de grau leve do pé esquerdo, com consolidação viciosa, claudicação da marcha

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 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"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Pé Esquerdo - Leve - 25%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:

SAUDESEG
Dr. Leonardo Neves
CRM-PE 17742



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: 71163001473 4 - Nome completo da vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

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

5 - Nome completo: DANIEL AMARAL DA SILVA 6 - CPF: 71163001473
7 - Profissão: MOTOBOY 8 - Endereço: RUA 70, RES. LUIZ BONAPARTE II 9 - Número: 16 10 - Complemento: BLOCO 16
11 - Bairro: FRAGOSO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53402723
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 985102808

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 35 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ITAU
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 8310 CONTA: 38495 6
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

38 - 14 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: PAULISTA 22 SETEMBRO 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 024ª CIRCUNSCRIÇÃO - VARADOURO - DP24ªCIRC DIM/7ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0114003618

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **27/07/2020** às **08:23**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **17/6/2020** às **10:00**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE - 22, 01 - Bairro: MARANGUAPE I - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 53444-390**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO (AUTOR / AGENTE)
PRYSCILLA HENRIQUE LOURENCO GONDIM (OUTRO)
MT DE ALBUQUERLE EIRELE ME (OUTRO)
DANIEL AMARAL DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL AMARAL DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO

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

DANIEL AMARAL DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS Data de Nascimento: 20/8/1997 Naturalidade: PAULISTA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 102007841/SDS/PE (RG), 71163001473 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTOBOY Endereço Residencial: BAIRRO DE FRAGOSO (BAIRRO), 16, RUA 70 BLOCO 16 APT0 04 RESIDENCIAL LUIZ BONAPARTE II - CEP: 55000-000 - Bairro: FRAGOSO - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

PRYSCILLA HENRIQUE LOURENCO GONDIM (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: NEUZA LOURENCO GONDIM Pai: EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO Data de Nascimento: 31/8/1987 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6379026/SDS/PE (RG), 06402926400 (CPF) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO Endereço Residencial: RUA PALMEIRINHA, 400 - CEP: 55000-000 - Bairro: JANGA - PAULISTA/PERNAMBUCO/BRASIL

EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

MT DE ALBUQUERLE EIRELE ME - Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

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

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

MOTO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): MT DE ALBUQUERLE EIRELE ME, que estava em posse do(a) Sr(a): DANIEL AMARAL DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/YAMAHA/XTZ 250 TENERE** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **AZUL** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFC9381** (PERNAMBUCO/PAULISTA)

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012** Combustível: **GASOLINA**

CARRO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **PRYSCILLA HENRIQUE LOURENCO GONDIM**, que estava em posse do(a) Sr(a): **EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO**

Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/RENAULT/DUSTER** Objeto apreendido: **Não**

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

Placa: **ORG0819** (PERNAMBUCO/PAULISTA)

Ano Fabricação/Modelo: **2013/2014** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

O NOTICIANTE VEIO REGISTRAR O ACIDENTE DE TRANSITO AO QUAL FORA VITIMA QUANDO NA DATA E LOCAL ACIMA CONDUZIA A MOTO QUALIFICADA NESTE DOCUMENTO E O AUTOMOVEL RENAULT DUSTER CONDUZIDO POR EDGAR CARNEIRO GONDIM PRIMO MUDOU DE FAIXA DE TRANSITO SEM SINALIZAR PROVOCANDO A COLISAO CONTRA A MOTO FAZENDO O NOTICIANTE PERDER O EQUILIBRIO E CAIR NA PISTA DE ROMAMENTO . O NOTICIANTE DECLAROU QUE UMA EQUIPE DO SAMU O REMOUEU PARA A UPA DE OLINDA DE LA FORA TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES.

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

Daniel Amaral da Silva

DANIEL AMARAL DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Sandra Maria Medeiros Fialho* - Matrícula: **3853985**
(Liberado em **27/07/2020** às **08:50**)

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: 71163001473 4 - Nome completo da vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

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

5 - Nome completo: DANIEL AMARAL DA SILVA 6 - CPF: 71163001473
7 - Profissão: MOTOBOY 8 - Endereço: RUA 70, RES. LUIZ BONAPARTE II 9 - Número: 16 10 - Complemento: BLOCO 16
11 - Bairro: FRAGOSO 12 - Cidade: PAULISTA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 53402723
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 985102808

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 35 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ITAU
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: 8310 CONTA: 38495 6
(informar o dígito se existir) (informar o dígito se existir) (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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(vinascit)? ☐ 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 pedido (a rogo):

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

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

38 - 14 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 24 | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

PAULISTA 22 SETEMBRO 2020
Daniel Amaral da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 01.07.2020.
EM: 14.07.2020.

Atendendo ao requerimento do Sr., **DANIEL AMARAL DA SILVA, RG Nº 10.207.841 SDS - PE, CPF Nº 711.630.014-73**, declaramos que baseado na ficha de **Ocorrência Nº S - 828873** do dia **17 de junho de 2020**, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Paulista, por volta das 10hs e 42min, vítima de colisão envolvendo automóvel x motocicleta, na Rodovia PE - 022, S/N, Maranguape I - Paulista, nas proximidades da base do SAMU, sendo em seguida removido para a UPA de Olinda.


Carlos Augusto Sampaio
Coordenador
SAMU-Paulista
Mpt 039608

ITAÚ – UNIBANCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 341 AGÊNCIA: 0477 CONTA: 000000078857-4

DATA DA TRANSFERENCIA: 26/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DANIEL AMARAL DA SILVA

BANCO: 341

AGÊNCIA: 08310

CONTA: 000000038495-6

Autenticação:

D9D13B678B17EA5B00EC57FFFFBB9E046405BEFF89FD1294D051F7816AF17AA1



Data de Postagem: 10/07/2020



CTC RECIFE PE PL2



MAURICIO FERNANDO ARAUJO SILVA
AV DR CLAUDIO J GUEIROS LEITE 3214
AP 102 JANGA
53437-000 PAULISTA PE



7210071660338160000000440430100720

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200338777

Cidade: Olinda

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

Data do acidente: 17/06/2020

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura de 5º metatarso esquerdo exposta

Descrição do exame físico: Ao exame físico do pé esquerdo apresenta eversão aos 10°, inversão aos 15°, pé normal, sem amputação, sem encurtamento, marcha com claudicação, agachamento normal, mobilização passiva anormal, articulação metatarsofalangeana aos 5°. Apresenta na região observada ausência de atrofia, cicatriz operatória aparente, sensibilidade normal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, inexistência de alterações musculares, presença de alteração motora do segmento. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Resultados terapêuticos: Realizado tratamento cirúrgico com fio K, evoluindo com consolidação viciosa, rotação externa. Não fez fisioterapia

Sequelas permanentes: Déficit funcional de grau leve no pé esquerdo.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 15/10/2020

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 leve - 25 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:	17/6/2020	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:	17/6/2020
NOME COMPLETO DA VÍTIMA:	DANIEL AMARAL DA SILVA		
LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:	Paciente vítima de acidente de trânsito, ocorrendo fratura exposta de J:		
DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATA):	Osteotomia e fixação. Paciente submetido a cirurgia e osteossíntese C1 fixo de KIRSCHNER		
ALTA MÉDICA?	☒ SIM	☐ NÃO	Paciente submetido a Fixação cirúrgica
EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? CASO POSITIVO DESCREVER:	☐ SIM	☒ NÃO	
COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:			
☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.			
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA			

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO
1º	Paciente C1 fratura exposta (GRAU II) de
2º	2º - Osteotomia e fixação. Paciente operado
3º	C1 da CERVICA e de dor e déficit de
4º	força e equilíbrio. Paciente C1 e mandíbula
5º	Paciente C1 déficit de força e Sensação de dor

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 3/9/2020 a 7/9/2020 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinatura: *[Assinatura]* Data: 31/9/2020

LOCAL: _____ DATA: _____ ASSINATURA E CARIMBO: *[Carimbo]*



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MIGUEL ARRAES	6431569

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
DANIEL AMARAL DA SILVA	137235			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
203347804090018	20/08/1997	X 1	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA	8198471236			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
RODOVIA BR-101 NORTE DE 0000051001 A 0000056001, - PARATIBE	PAULISTA	261070	PE	53413000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
fx exposta de 5° MTD

21 - Condições que justificam a internação
As acima

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
Raio X

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
fx exposta de 5° MTD	S903	V299	

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento
	04.08.05.

29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
		(X) CNS () CPF	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
PLANTONISTA ORTOPEDIA	18/06/2020	Hudyson Oliveira Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 26.720	12346

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	38 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bônus	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajetado			

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	E260000001	

48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
() CNS () CPF	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
	Adalberto Telino Traumatologia / Ortopedia CRM-PE 11 TEOT: 15668

AIH
262010249744-1

HOSPITAL METROP. NORTE MIGUEL ARRAES

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

PROTOCOLO CLASSIFICACAO REDE IMIP

Data e hora retirada da senha: 18/06/2020 00:08

Nome Paciente: DANIEL AMARAL DA SILVA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 20/08/1997
Sexo: Masculino
Idade: 22 anos
Senha: 0002
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 18/06/2020 00:23 - 18/06/2020 00:31

KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:

EMERGENCIA VERMELHO

Cor:

VERMELHO

Queixa Principal:

PACIENTE ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA COM SENHA 5957719. VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO. APRESENTA DOR E FERIMENTO EXPOSTA DE 5º MTTE

Observação:

NEGA HAS E DM
NEGA ALERGIAS

Fluxograma sintoma:

TRAUMA

Discriminador(es):

- SUSPEITA DE FRATURA OU LUXAÇÃO COM DEFORMIDADE

Especialidade:

ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Sinais Vitais Lidos:

- FREQUENCIA CARDIACA: 99.00 BPM
- GLICOSE: 101.00 MG/DL
- P.A. SISTOLICA: 125.00 MMHG
- P.A. DISTOLICA: 68.00 MMHG
- SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO: 99.00 %
- TEMPERATURA(C): 36.00 °C

RECEBIDO
VERMELHO

Acolhido(a) por: KENIA MAYLLA DOMINGOS ALVES - COREN: 7760 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 18/06/2020 00:31



HOSPITAL
MIGUEL ARRAES

HOSPITAL MIGUEL ARRAES



Atendimento: 529038

Senha da Classificação:

0002

Data e Hora: 18/06/2020 00:37

Paciente: 137235 DANIEL AMARAL DA SILVA

Sexo: MASCULINO

Nome Social:

Data do Nascimento: 20/08/1997 Idade: 22 anos Convenio: 2 SUS - EXTERNO / URGENCIA

Nome da Mãe: VIRGINIA BEZERRA DE FARIAS SILVA Nome do Pai: MARCELO AMARAL DA SILVA

Estado Civil: SOLTEIRO

Nome do Médico: PLANTONISTA ORTOPEDIA

CRM: 12346

Endereço: RODOVIA BR-101 NORTE DE I --

Bairro: PARATIBE

Cidade/UF: PAULISTA

PE

Usuário Atendimento: JACKELINEEFL

Informações Associadas a Pacientes Estrangeiros / Visitantes

Data Entrada Brasil:

Nacionalidade: BRASILEIRA

Nr Documento Estrangeiro:

Observação:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente vítima de queda de Moto após f.
com fratura exposta de 5º MTTD

Exame Físico

fx exposta de 5º MTTD

Hipótese Diagnóstico

Prescrição Médica

1) Internar + Ao bloco

Hudson Oliveira Rocha

Ortop

Tratamentologia

528.720

+ Dr. Crystian

Assinatura e Carimbo/Médico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

() Transferido: Para _____ Senha: _____

() Encaminhado ao setor de internação

Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

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

SENHA 5957719

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: Daniel Amaral da Silva Idade: 22a

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

Endereço Residencial: _____ Bairro: _____

Cidade: Olinda

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLENCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()

Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()

Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S () N ()

Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S () N ()

Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()

Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____

Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()

Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura

Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____

Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____

Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: Pt vítima de acidente de moto, hoje apresentando
dor e ferimento em pé @. Negs perda de consciência e
vômitos.

Hipótese Diagnóstica: Fratura Exposta de 5º MTE.

AValiação Clínica

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x

Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S () N () Tiragem Intercostais S () N () Obstrução Vias Aéreas: S () N ()

Sibilos Expiratórios: S () N () BAN*: S () N () Deformidade do Tórax: S () N () Gemido/Estridor: S () N ()

Distúrbio Fala/Choro: S () N ()

Agitação Psicomotora: S () N () Lesões de face: S () N () Retração Xifóide: S () N ()

Perfusão Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()

Pulso: Rítmico () Arritmico () Filiforme () Fino ()

Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()

Sudorese: S () N () Desidratado: S () N () Ictérico: S () N ()

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

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

HOSPITAL MIGUEL ARRAESMV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 18/06/2020

Hora.....: 03:21

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 65228

Paciente : 137235

Convênio Atend. : 1

Leito : 508

Dt. Início : 18/06/2020 02:00 Dt. Fim : 18/06/2020 03:30

Sala : 0002

SALA 02

DANIEL AMARAL DA SILVA

SUS - INTERNACAO

VERMELHO - EXTRA 018

Atendimento : 529039

Carteira :

Idade : 22 Anos

Cid Pré-Operatório :

Cid Pós-Operatório :

Procedimento: 0408050713

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO TARSO-METATARSICA
(PRINCIPAL)

Convênio: 001

SUS - INTERNACAO

Anestesia: 05

RAQUI ANESTESIA

URGIAO

14859 HYGINO JOSE PINTO MARINHO

Descrição Cirúrgica :DIAGNÓSTICO: FRATURA QUINTO METATARSO ESQUERDO
CIRURGIA: LC + DC + REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM FIO K-
CIRURGIÃO: DR HYGINO
1º AUXÍLIO: DR HUDYSON ROCHA
ANESTESISTA: DRA MAIENA
ANESTESIA: RAQUIANESTESIA

1. PACIENTE EM DDH SOB ANESTESIA;
2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
3. APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
4. INCISÃO DORSAL A NÍVEL DO QUINTO META E
5. REDUÇÃO DA FRATURA
6. LIMPEZA COM SF 0,9%; 5.000ML
7. FIXAÇÃO COM 01 FIO DE K 2-0
8. VERIFICADA BOA REDUÇÃO COM INTENSIFICADOR DE IMAGENS
9. SUTURA COM NYLON 2.0
9. CURATIVO;

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

30 06 2020

Hudysson Oliveira Rocha
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 26.720DR(A) : HYGINO JOSE PINTO MARINHO
CRM : 14859

EVOLUÇÃO CLÍNICA**NOME:** DANIEL AMARAL DA SILVA**DATA DE NASC.:** 20/08/1997**NOME SOCIAL:****REGISTRO:** 137235**SETOR:****ENFERMARIA:****LEITO:**

DATA/HORA	TRAUMATOLOGIA
18/06/2020	
00:22	ADMISSÃO
	QPD/HDA: PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO VEM ENCAMINHADA DA UPA DE OLINDA COM COM FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DIREITO
	ANTECEDENTES PESSOAIS: NEGA
	MEDICAÇÕES DE USO: NEGA
	EXAME FÍSICO: REG, LOTE, EUPNEICO, NORMOCARDICO, NORMOCORADO, GLASGOW 15
	FX EXPOSTA, EDEMA 2+/4+
	EXAMES DE IMAGEM: FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DIREITO
	HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DIREITO
	CONDUTA: INTERNO + SOLICITO PRÉ OP + AO BLOCO
18/06/2020	15:30
	Paciente evoluí, bem no P.O. GG-R, consciente, orientado, eufórico. M.I.D. Sob tal, de bom aspecto. Cd: ① Alta Hosp.
	André Oliveira Rocha Ortopedia e Traumatologia CRM-PE 26.720
	André Chaves de Miranda Ortopedia / Traumatologia CRM-PE: 29418



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

NOME: DANIEL AMARAL DA SILVA

DATA NASC.:

20/08/1997

NOME SOCIAL: [Data de Publicação]

REG:137235

IDADE:[Geren] SEXO:M

DATA DA ADMISSÃO:18/06/2020

DATA DA ALTA: 18/6/20

DIAGNÓSTICO:

- FRATURA EXPOSTA DE 5º METATARSO DIREITO

TRATAMENTO REALIZADO:

- 18/06 - LC + DC + RFFI COM FIOS K

ORIENTAÇÕES:

- AGENDAR RETORNO AO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA (SETOR DE AMBULATÓRIOS, NO TÉRREO DAS SEGUNDAS ÀS SEXTAS-FEIRAS) EM **02 SEMANAS**;
- FAZER USO DE MEDICAÇÕES PRESCRITAS;
- FAZER USO DE CEFALEXINA POR 14 DIAS;
- DOBRAR O JOELHO DO MEMBRO OPERADO;
- DEAMBULAR COM USO DE 02 MULETAS COM CARGA ZERO EM MEMBRO OPERADO;
- PROCEDER AO SERVIÇO SOCIAL (2º ANDAR) PARA RECEBER ORIENTAÇÕES SOBRE ONDE REALIZAR FISIOTERAPIA;
- RETORNO PRECOCE PELA EMERGÊNCIA SE: FEBRE, INCHAÇO IMPORTANTE E VERMELHIDÃO NA FERIDA, SAÍDA DE SECREÇÃO EM GRANDE QUANTIDADE OU PURULENTO, DOR IMPORTANTE OU FALTA DE AR.

EXAME FÍSICO:

ESTADO GERAL: BOM, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNÉICO, CORADO

FERIDA OPERATÓRIA: TALA AXILO-PALMAR DE BOM ASPECTO COM CURATIVO ESTÉRIL LIMPO

MEMBRO ACOMETIDO COM BOA PERFUSÃO PERIFÉRICA, SEM SINAIS DE SÍNDROME COMPARTIMENTAL OU TVP, SEM DEFICIT NEUROLÓGICO.

PROGRAMA APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESSO SIM(x) NÃO()

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: ____/____/____

André Chaves de Miranda
Ortopedia Traumatologia
CRM-PE: 20440

ASSINATURA DO MÉDICO, CARIMBO E CRM

Estrada da Fazendinha, S/N, Jaguaribe, CEP: 53400-000, Paulista - PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CAMIÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

1482727575

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA



DDC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
2883138 SSP PE

CPF
488.217.804-49

DATA NASCIMENTO
26/10/1966

FILIAÇÃO
MAURINALDO PEREIRA DA SILVA
MARIA JOSE ARAUJO DA S
ILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AB

Nº REGISTRO
03956117363

VALIDADE
19/07/2022

1ª HABILITAÇÃO
08/10/1986

OBSERVAÇÕES

Assinatura do Portador

Assinatura do Emissor

Charles Andreza Souza Ribeiro
Diretor Presidente

58571334914
PE080271553

OLINDA, PE

19/07/2017

PERNAMBUCO

1482727575

PROIBIDO PLASTIFICAR

1482727575

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
10207841 SDS PE

CPF
711.630.014-73
DATA NASCIMENTO
20/08/1997

FILIAÇÃO
MARCELO AMARAL DA SILVA
A
VIRGINIA BEZERRA DE FA
RIAS SILVA

PERMISSÃO

ACC

CAT. HAB.
AB

VALIDADE
18/07/2021
1ª HABILITAÇÃO
30/01/2018



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ROUBOS E FURTOS DE VEÍCULOS

Data : 03/07/2020
pag.: 1

Relatório de Veículo

PLACA : PFC9381 UF : PE RENAVAL : 412397978 CHASSI : 9C6KG0450C0014058

Características Básicas :

TIPO : MOTOCICLETA
ESPECIE : PAS
ANO FAB./MODELO : 2011/2012

MARCA/MODELO : YAMAHA/XTZ250 TENERE
COR : AZUL
COMBUSTÍVEL : GASOLINA

Dados do Proprietário :

CPF/CGC :
PROPRIETÁRIO : M T DE ALBUQUERQUE EIRELI ME

Endereço do Proprietário :

LOGRADOURO : AVENIDA ANTONIO CABRAL DE SOUZA
COMPLEMENTO :
BAIRRO : NOBRE

MUNICÍPIO : PAULISTA
CEP : 53401680
UF : PE

Debitos :

IPVA : SIM
LICENCIAMENTO : SIM
MULTAS : NÃO

VALOR : 509,76
VALOR : 103,51

Restrições Gerais :

RESTRIÇÃO :

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0267247/20

Número do Sinistro: 3200338777

Vítima: DANIEL AMARAL DA SILVA

CPF: 711.630.014-73

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/06/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: DANIEL AMARAL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentos de identificação

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: 28/09/2020

Nome: MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

CPF: 488.217.804-49

MAURICIO FERNANDO ARAUJO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/09/2020

Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso

CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso