

# 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: 27/02/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00877

CONTA: 00000008586-4

---

Nr. da Autenticação 7CCA21F377F85109

---

Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2015

Carta n°: 6174653

A/C: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

**Sinistro:** 3150072021  
**Vitima:** IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
**Data Acidente:** 17/10/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Recebemos em **27/01/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **17/10/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Outros não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

**NÃO PERCA TEMPO!**

**PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2015

Carta nº: 6363801

A/C: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

**Sinistro:** 3150072021  
**Vítima:** IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
**Data Acidente:** 17/10/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do inicio ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2015

Carta n°: 6460244

A/C: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

**Sinistro:** 3150072021  
**Vitima:** IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
**Data Acidente:** 17/10/2014  
**Natureza:** INVALIDEZ  
**Procurador:**

**Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ**

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

**Creditado: IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA**

**Valor: R\$ 4.725,00**

**Banco: 104**

**Agência: 000000877**

**Conta: 0000008586-4**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

**Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%**

**Graduação: Em grau médio 50%**

**% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%**

<b>Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 =</b>	R\$	<b>4.725,00</b>
--	-----	-----------------

<b>Multa:</b>	R\$	<b>0,00</b>
---------------	-----	-------------

<b>Juros:</b>	R\$	<b>0,00</b>
---------------	-----	-------------

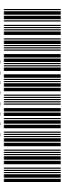
<b>Total creditado:</b>	R\$	<b>4.725,00</b>
-------------------------	-----	-----------------

**NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.**

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





## Declaração

Eu, INADIMARIA ANDRAUSO FRAGA DE DA SILVA declaro que após ter sofrido acidente provocado por veículo automotor de via terrestre, em 17/10/14 fui socorrido por ROGUE RES levado ao hospital 25 de Março

Declaro não ter recebido nenhum tipo de atendimento médico no local do acidente, tais como SAMU, Corpo de Bombeiros, Ambulância etc., da mesma forma não houve registro de ocorrência no local do acidente, tão pouco foi instalado Inquérito Policial na delegacia, dessa forma não possuo nenhuma outra prova referente ao acidente, além de Boletim de Ocorrência Policial e a documentação médica apresentada.

Por ser verdade, declaro estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (Cinco) anos e multa se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Local GOIÂNIA: 26132134 UF: PR Data: 16/12/14

Assinatura: Chamete Maruia 19/09/2014

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	RECEB
03 FEV 2015	Nome:

Nome:



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JUANNE MARIA ANDRAUSO REISER DA SILVA,  
 RG nº 9.28.461, data de expedição 01/10/13, Órgão SDS-PE,

CPF nº 037.553.834-31 perante a este instrumento declarar que não  
 posso comprovar a minha residência em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido  
 no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome  
 de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua das Morâncias</u>
Número	<u>344</u>
Apto / Complemento	
Barrio	<u>ITAMBI</u>
Cidade	<u>ITAMBI</u>
Estado	<u>PERNAMBUCO</u>
CEP	<u>55920-000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 9418-5892 / 9673-9425</u>
E-mail	<u>juanney.andrausosilva.94@gmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Goiânia. 16/10/13

Assinatura do Declarante: Juanne Maria Andrausosilva da Silva

<u>COMPREV SEGUROS</u>
<u>E PREVIDÊNCIA S/A.</u>
<u>RECEB 03 FEV 2015</u>
Name: _____







\*10040



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## RECEITUÁRIO

### SAÚDE BUCAL

Unidade de Saúde:

Paciente:

Clinica:

Registro nº \_\_\_\_\_

Enfermaria:

### Declaracão

Declaro para devidos fins que a

- Sra. Ivonete maria Araújo Freire da Silva, 41 anos, sofreu um acidente automobilístico (meto), tendo obtido uma unidade no dia 10/14, com muita dor no pénho E, foi encaminhada para uma unidade oncológica no Hsp. Miguel Anzor. Dr. ~~Roberto~~ ~~Medico~~ ~~CRM 123456~~

Clínico Dentista / CRO

Data: 12/11/14

COMPRE SEGUROS  
E PREVIDÊNCIAS S/A.

RECEB 03 FEV 2015

Nome:



SOC

Dr. Fagner Athayde  
Ortopedia e Traumatologia

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR/ESCLARECIMENTO

MIGUEL ARRAES

NOME: J. Vanezé Mário A. Freitas Silveira REGISTRO: 7191

IDADE: 41 SEXO: F DATA DA ADMISSÃO: 31/10/14 DATA DA ALTA: 06/11/14

DIAGNÓSTICOS DEFINIDOS: Fatigue e Estreñimiento  
disten do reto

TRATAMENTO REALIZADO:

Distensão intestinal com彭eptase  
Prontilax 0500 mg

Profenid 500 mg  
tomar 1x1000mg Sod

ORIENTAÇÕES:

- Recesso Recomendado NÃO Retirar tshz
- Não Osteosíntesa

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S.A.
RECEB
<u>03 FEV 2015</u>
Name:

PROGRAMAÇÃO APÓS ALTA:

AMBULATÓRIO DE EGRESO SIM  NÃO

DATA DA CONSULTA AMBULATORIAL: 1/1/2015

DR. FAGNER ATHAYDE  
Ortopedia e Traumatologia

Assinatura

ASSINATURA MÉDICO E CRM

ESTA CONTA SERÁ PAGA PELO SUS



 INSTITUTO PERMANENTE	 HOSPITAL <b>MIGUEL ARRAES</b>	 GESTÃO IMIP INTERPELVA
RECEITUÁRIO		
<p>Trabalho manuscrito</p> <p><u>de baixo para cima</u></p> <p>Carneira seu <u>Costela</u> de <u>02</u> los <u>látos</u> <u>listas</u> sua <u>propanoos</u> de peito. seu <u>peito</u> <u>lateral</u> de costela no <u>prulho</u> <u>de</u> mais <u>03</u> <u>meio</u> <u>arras</u>. <u>1kg</u> total <u>900</u> <u>grs</u> <u>de</u> <u>arras</u></p> <p>60 <u>lato</u> C.T.D: <u>552/298.8</u> 20/11/14</p> <p><u>Dr. Juliano Machado</u> <u>Dr. Juliano Machado</u> <u>Dr. Juliano Machado</u></p>		

COMPRE V SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

RECB 03 FEV 2015

Nome:



**IMIP - Hospital Miguel Arraes**  
**Estrada da Fazendinha S/N**  
**Jaguaribe Paulista - PE**  
**CEP: 53413-000**

**RA: 62502926 - IVONETE MARIA ARAUJO** 41 anos 4 meses 5 dias Sexo: F  
 Dr.(a): N/ ILEGÍVEL  
 Unidade: MIA-HOSPITAL MIGUEL ARAEAS - Posto: 000005 - EMERGÊNCIA Prontuário: 71917 Cód.SUS: Local de Entrega: FV02-  
 EMERGÊNCIA VERDE 02  
 Coleta Estimada: 31/10/2014 18:34:19

Data de Nascimento: 26/06/1973

**HEMÓGRAMA****Resultado Atual****Resultados Anteriores**

Laudo Evolutivo

Valor de Referência

Homens

Mulheres

ERITROGRAMA			
Hemácias	4,75.10 <sup>12</sup> /μL	4,4 - 5,9	4,0 - 5,4 10 <sup>12</sup> /μL
Hemoglobina	13,5 g/dL	13,0 - 18,0	12,0 - 15,0 g/dL
Hemocritico	41,3 %	40 - 52	35 - 47 %
VCM	86,9 fl	80 - 100	80 - 100 fl
HCM	28,4 pg	27 - 32	27 - 32 pg
CHCI	32,7 g/dL	32 - 37	32 - 37 g/dL
RDW	14,3 %	Ate 15	Ate 15 %
LEUCOGRAMA			
Leucócitos	100 %	13000 /μL	1.000 %
	65,8 %	8554 /μL	50 - 70 %
Neutrófilos	1,2 %	156 /μL	1 - 6 %
Eosinófilos	0,4 %	52 /μL	0 - 2 %
Basófilos	26,6 %	3458 /μL	20 - 30 %
Linfócitos	6,0 %	780 /μL	100 - 300 /μL
Monócitos			
Plaquetas		371.000 /μL	2 - 12 %
			140.000 - 450.000 /μL

Nota: Baseado na orientação do International Society for Laboratory Hematology na qual deve haver uma padronização para liberação de exames de hemograma, incluindo o diferencial de leucócitos e de acordo com o Colegio Americano de Patologistas que orienta que neutrófilos bastonetes está presente em até 5 a 10% das hemogramas normais, foi padronizada pelo Laboratório Clientelab do grupo DASA que a liberação de bastonetes é realizada quando estiverem acima de 6% do total de neutrófilos.

Material: SANGUE

**TP - TEMPO DE PROTROMBINA**

Resultado:

Temp<sup>h</sup>  
 Ativ<sup>h</sup>  
 INR

11,7 seg.  
 78 %  
 1,13

Material: SMA  
 Materiais:

Data Assinatura: 31/10/2014 19:20:16

**TP - TEMPO DE PROTROMBINA**

Valor de Referência:  
 De 10,4 a 12,6 seg.  
 Atividade: Superior a 70%  
 INR: Até 1,2

Método: AUTOMAÇÃO - CONGULOMETRICO

<b>COMPREV SEGUROS</b>
<b>E PREVIDÊNCIA S/A.</b>
<b>RECEB 03 FEV 2015</b>

Nome:

**Exames Assinados Eletronicamente**

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser corrigidos com outros dados clínicos."

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.  
 Rua Dr. João Tavares de Souza, 57 Peixinhos 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: Dr. LUCIANO ALMEIDA CRP/PE: 5325  
 Data da Impressão: 01/11/2014 09:21:13 Padrão: 245





HOSPITAL

MIGUEL ARRAES

GESTÃO

IMIP

## ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)  
Tiago Teixeira Campilho foi atendido (a) neste

Serviço no dia: 17/01/14 CID: 550

Necessitado de 15 dias de afastamento de suas atividades  
( no trabalho ou escola ).

Estando apto para voltar ao trabalho.

Como acompanhante.

Outros : \_\_\_\_\_

Paulista, 17 de Outubro de 2014  
Dr. Juliano Augusto Góes  
Dr. Juliano Augusto Góes - Ortopedista e Traumatologista  
Ortopedista e Traumatologista - CRMPE 115519/CE0711351  
Médico

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
RECEB 03 FEV 2013  
Nome: \_\_\_\_\_





 <b>PERNAMBUCO</b>	 <b>HOSPITAL MIGUEL ARRAES</b>
<b>RECEITUÁRIO</b>	

Recebido na véspera 2 dias  
nossa amiga apesar de muita  
e sua necessidade com grande  
dele

*Flávia  
Eduardo*

<b>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.</b>	
<b>RECEB</b>	<b>03 FEV 2013</b>
Nome:	

O LEITE MATERNO É O MELHOR ALIMENTO PARA SEU FILHO



PERNAMBUCO



HOSPITAL  
MIGUEL ARRAES



### ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) senhor (a)  
Francisco M. Frazão foi atendido (a) neste

Serviço no dia: 31/10/94 CID: 552

15 (quinze) dias de afastamento de suas atividades  
( no trabalho ou escola ).

Estando apto para voltar ao trabalho.

Como acompanhante.

Outros:

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEB 03 FEV 2015
Nome: _____

Paulista, 31 de 10 de 20 15

DREZAGNER ATHAIDE  
Ortopedista e Traumatologista  
Médico



HOSPITAL  
**MIGUEL ARRAES**

GESTÃO  
IMP

GESTÃO  
IMP

CONTROLE DE ALTA

Tranche li: four feins et. 30.

IDADE: 41

ALTA TRANSFERÊNCIA

DATA MINING ATACIO

Alfonso Solis

Alfonso Solis

real Hoffmann C /  $\mu$

HORA \_\_\_\_\_

Original 15131701 11-8  
Dr. Juliano Murchison  
Julian Murchison

Assinatura e Cárимbo do médico

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.**

03 FEV 2015

Name: \_\_\_\_\_



IMIP - Hospital Miguel Arraes  
Estrada da Fazendinha S/N  
Jaguaribe Paulista - PE  
CEP: 53413-000

RA: 2502926 - IVONETE MARIA ARAUJO 41 anos 4 meses 5 dias Sexo: F

Pr.(a): V = LEGÍVEL  
Unidade: ENJA-HOSPITAL MIGUEL ARRAES - Posto: 000006 - EMERGÊNCIA Prontuário: 71917 Cód.SUS: Local de Entrega: Ev02-  
EMERGÊNCIA VERDE 02  
Coleta Estimada: 31/10/2014 18:34:19

Data de Nascimento: 26/06/1973

### TPPA- TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

#### Resultado

Tempo 26,9  
Relação Paciente/Controle 0,99

Material: PLASMA

#### URÉIA

#### Valor de Referência:

De 1 a 3 anos: 10 a 36 mg/dL  
De 4 a 13 anos: 15 a 36 mg/dL  
De 14 a 19 anos: 18 a 45 mg/dL  
Homem até 50 anos: 19 a 44 mg/dL  
Homem acima de 50 anos: 18 a 55 mg/dL  
Mulher até 50 anos: 15 a 40 mg/dL  
Mulher acima de 50 anos: 20 a 43 mg/dL

Material: UREIA-SE

Material: UREIA-SE

#### Resultado

16 mg/dL

Material: UREIA-SE

Liberado por:  
ANA CARLA MUNIZ DE MELO  
Responsável:  
DRA. JACQUELINE BARBOS PALMERSTON - CRM: 1498-3

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:43

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A**

**RECEB 03 FEV 2015**

Nome: \_\_\_\_\_

### Exames Assinados Eletronicamente

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra é só Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos"

Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica.

Rua: Dr. João Tavares de Moura, 57 Pescarões 53230-290 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5325

Data da impressão: 01/11/2014 09:21:13 Páginas: 3/3





IMIP - Hospital Miguel Arraes  
Estrada da Fazendinha S/N  
Jaguaribe Paulista - PE  
CEP: 53413-000

**RA: 62502926 - IVONETE MARIA ARAUJO** 41 anos 4 meses 5 dias Sexo : F

Dr. (a): NI - ILEGAL  
Unidade: MIA-HOSPITAL MIGUEL ARRAES - Posto: 000006 - EMERGENCIA Prontuário: 71917 Cód.SUS: Local de Entrega: EV02-  
EMERGENCIA VERDE 02  
Coleta Estimada: 31/10/2014 18:34:19

Data do Exame: 26/06/1973

CREA - UNA

Resultado  
0,63 mg/dL

Valor de Referência:  
Homens: 0,72 a 1,25 mg/dL  
Mulheres: 0,57 a 1,11 mg/dL

Material: SCRO

Método: ICN SELETIVO

POTÁSSIO

Resultado  
3,9 mmol/L

Valor de Referência:  
Homem: 3,5 a 4,5 mmol/L  
Mulher: 3,4 a 4,4 mmol/L

Material: SODO

Método: ICN SELETIVO

SÓDIO

Resultado  
137 mmol/L

Valor de Referência:  
De 136 a 145 mmol/L

Material: SODO

Método: ICN SELETIVO

Liberado por:  
ANA CLÁUDIA MUNIZ DE MELO  
Responsável:  
DRA. JACQUELINE BARROS PALMEIRAS - CRBM: 1498-3

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:41

Data Assinatura: 31/10/2014 20:11:42

**COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIAS S/A.**  
RECEB 03 FEV 2015  
Nome: \_\_\_\_\_

**Exames Assinados Eletronicamente**

"Horário Oficial de Brasília"

"Amostra não Coletada pelo Laboratório"

"Os resultados obtidos devem ser correlacionados com outros dados clínicos."

"Laboratório participante do programa PELM da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica."

"Ms. Dr. João Tavares de Moura, 57 Peixinhos 53230-260 Olinda - PE - Responsável Técnico: DR. LUCIANO ALMEIDA CRM/PE: 5125"

"Data da impressão: 01/11/2014 09:21:13 Página: 1"





DR JORGE VASCONCELOS NEVES

CLÍNICO GERAL - CRM - 4428/PE.

Nascente Manoel Araújo F. da J/16.  
Vítima de queda de um bloco.  
Paciente com lesões clínicas.  
Foram realizadas e tratadas com a  
cirurgia de revascularização da parede  
de 03 fibras de Kirschner.  
Ainda se realizou desbridamento.  
Paciente com progressão de infecção.  
Funcional para o banho e  
estabilizado com linfática  
máx, com pressões máximas  
de 700 e 750 mmHg.  
O paciente evoluiu

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
REDEB 03 FEV 2013
Nome: _____

01/02/2013  
Manoel Araújo F.  
Parede 750

Nome: \_\_\_\_\_

10/02/2013  
25/02/2013  
14

END.: RUA DOS NAVEGANTES, 1295 - Apt. 501 - DOA VIAGEM - RECIFE-PE.  
END.: RUA DOS NAVEGANTES

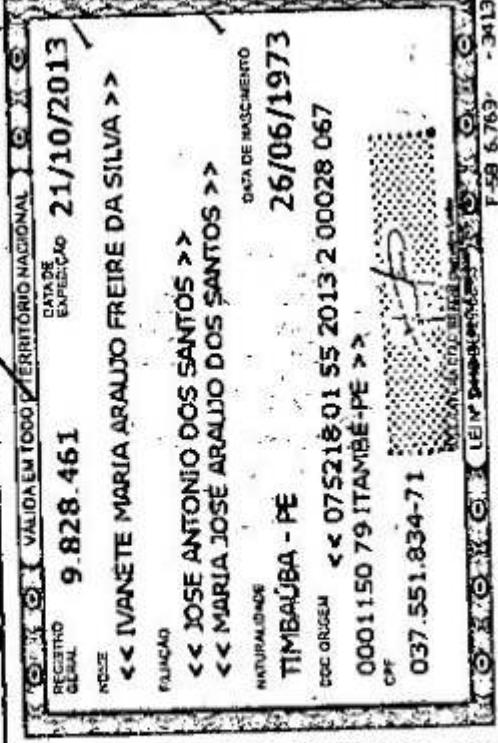


ASPL@O 3649/15

DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO



\*1004037



COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A

RECEB 03 FEV 2015

Nome:







**QUALIFICAÇÃO DO EVENTO**

Data do Acidente 31/10/14 Vítima JUANNE MARIA ARAUJO FERREIRA DA SILVA

CPF 037.551.834-71

**QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE**

Nome JUANNE MARIA ARAUJO F. DA SILVA

Seguradora

**Endereço para Correspondência**

QDA DAS HODGENEIAS

Bairro IHAMBE

nº 344 Complemento

Cidade IAMBE

UF PE CEP 55330-000

Telefone para contato (83) 9418-5892

9613-9128

Preencha com  para documentação entregue

Preencha com  para documentação faltante

**TIPO DE DOCUMENTO**

**DOCUMENTOS BÁSICOS**

- Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- CPF da vítima
- Comprovante de residência da vítima
- Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

**DOCUMENTOS DA VÍTIMA**

- Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
- Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- Em caso de dúvida quanto às lesões tenham sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório da Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma
- Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- Alvará Judicial (se for o caso)

**REPRESENTANTE LEGAL - se houver**

- Procuração
- Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- CPF
- 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 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.

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

RECEPÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Documentação entregue

## PROTOCOLO DE AVISO PROVISÓRIO

Seguradora Líder dos  
Conselhos do Seguro DPVAT

### SINISTRO

Número do Protocolo: ASP-003649/2015

### QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: IVANETE MARIA ARAUJO

Vítima: FREIRE DA SILVA

Seguradora: COMPREV SEGUROS E

Seguradora: PREVIDÊNCIA S/A

CPF da Vítima: 037.551.834-71

### DOCUMENTOS SINISTRO

Documento	Data	Status	Observação
Boletim de ocorrência	07/01/2015	Entregue	

### DOCUMENTOS BENEFICIÁRIO

### CONTATO

Nome:

Data de Nascimento: 26/06/1973

Data do Sinistro: 17/10/2014

Titular do CPF: IVANETE MARIA ARAUJO

Titular do CPF: FREIRE DA SILVA

CPF de: Próprio

Dependência: 0041

Dependência: 0041

Aviso de sinistro provisório por insuficiência na documentação mínima para o seu cadastramento total. Os documentos ora protocolados no anexo, ficarão à guarda dando os demais necessários à continuidade da requisição do sinistro.

Data de emissão deste aviso provisório: 27/01/2015



Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, aínda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

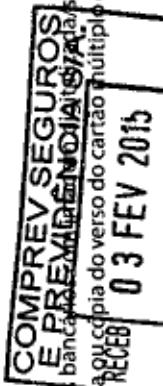
FEIJÃO ANDRÉ E. MARZIA ARAUJO FERGIERE DA SILVA  
PQRTADORA(A) DO RG N° 9.828-263 EXPEDIDO POR SPS-PE EM 21/10/2013  
CPF 03155318341-41 /CNPJ 00000000-00, PROFISSÃO \_\_\_\_\_  
E RENDA MENSAL DE R\$ \_\_\_\_\_ (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO  
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA LWA NÉLTON MARIA A.F. DA SILVA AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta POUPANÇA operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito);
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários informados na **RECEITA FEDERAL** (www.receita.fazenda.gov.br), escrito à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta que consta no verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.



PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)  
Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)  
Nº do BANCO 3021 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0831 N° da CONTA (com dígito, se existir) 08586-4

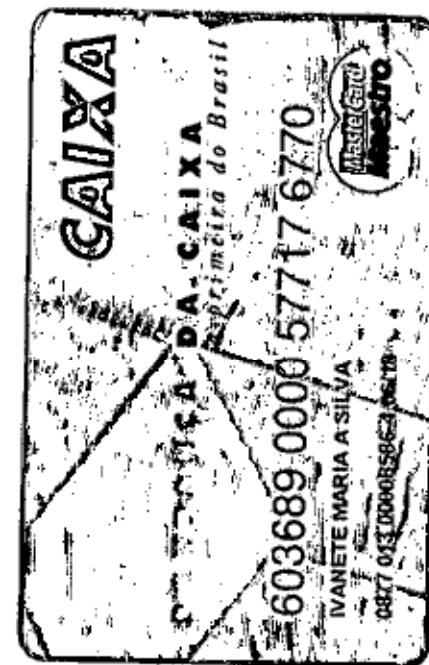
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCritas, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Goiânia, 16 de outubro de 2013

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.  
Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodetransito.com.br](http://www.dpvatsegurodetransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0204.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
 SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
 POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
 DELEGACIA DE POLICIA DA 049ª CIRCUNSCRICAO -  
 ITAMBÉ - DP49ªCIRC DINTER1/11ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 15E0139000060 /

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 15/01/2015 às 10:51

Complementa o BO Número: 14E0139001265 /

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - Culposo (Consumado)  
 que aconteceu no dia 17/10/2014 às 10:40

Fato ocorrido no endereço: RUA HORTENCIAS, 1, EM FRENTE AO NUMERO 344 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL  
 Local do Fato: VIA PÚBLICA

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.
RECEB 03 FEV 2015

Nome: \_\_\_\_\_

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR) AGENTE )  
 IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA ( VITIMA )

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Nasc: MARIA JOSÉ ARAUJO DOS SANTOS Pai: JOSE ANTONIO DOS SANTOS  
 Data de Nascimento: 23/6/1973 Naturalidade: TIMBABA/PE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9828467/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3º GRAU COMPLETO Profissão: PROFESSOR(A)  
 Endereço Residencial: RUA HORTENCIAS, 344 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA, que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
 Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR Objeto apreendido: NÃO  
 Cor: PRETA - Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KPF5996 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 397903676 Chassi: 806K091070621239  
 Ano Fabricação/Modelo: 2006/2007 Bultim ut (Guarência)  
 Descrição: MODELO: 125 E - Número: 1501/15



### Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE QUANDO SAIU DE SUA RESIDÊNCIA PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA VINDO A CAIR NO CHÃO. SOPRENDO ASSIM VARIAS LESÕES. A VITIMA RELATA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE ITAMBE, LOGO EM SEGUIDA TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRaes

*Assinatura da(s) pessoa(s) presente(s) nesta Unidade policial*

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSENILDO DA SILVA PEREIRA



COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEB 03 FEV 2015
Nome:

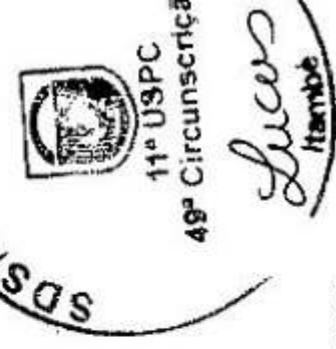


GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLICIA DA 049<sup>a</sup> CIRCUNSCRICAO  
ITAMBÉ - DP49-CIRC DINTER1/11-DESEC  
Nome:  
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 14E0139001265

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 14/11/2014 às 11:35

ACIDENTE DE TRANSITO COM VITIMA NAO FATAL - CICLOSO (Consumado)  
que aconteceu no dia 17/10/2014 às 10:40

Fato ocorrido no endereço: RUA HORTENCIAS, 7, EM FRENTE AO NUMERO 344 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL  
Local do Fato: VIA PUBLICA



Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HOUVE (AUTOR VAGENTE)  
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA

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

IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino  
Mae: MARIA JOSE ARAUJO DOS SANTOS Pai: JOSE ANTONIO DOS SANTOS  
Data de Nascimento: 20/03/1973 Naturalidade: TIMBAUBA / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 9828461/SDS/PE (RG) Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 3º. GRAU COMPLETO Profissão: PROFESSOR(A)  
Endereço Residencial: RUA HORTENCIAS, 344 - CEP: 0 - Bairro: JARDIM BELA VISTA - ITAMBÉ/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO HOUVE (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA que estava em posse do(a) Sr(a): IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE  
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/YAMAHA/YBR Objeto apreendido: N/A  
Cor: PRETA - Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Descrição: MODELO: 125 E

Complemento / Observação



192  
THE CLOTHES  
OF THE  
PEASANT  
CLASS

卷之三

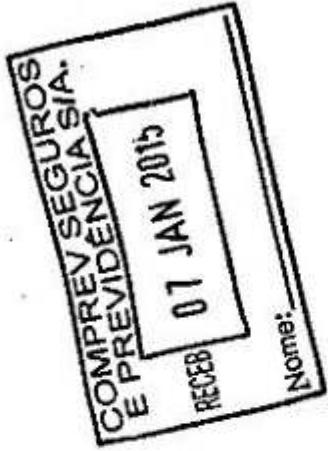


A VITIMA RELATA QUE QUANDO SAIU DE SUA RESIDÊNCIA PERDEU O CONTROLE DA SUA MOTOCICLETA VINDO A CAIR NO CHÃO, SOFRENDO ASSIM VARIAS LESÕES. A VITIMA RELATA AINDA QUE FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES SEGUINDO A TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL MIGUEL ARRAES

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

*Yanete Maria Aze Freire da Silva.*  
IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA  
(VITIMA)

B.O. registrado por: LUCAS HENRIQUE DO NASCIMENTO - Matrícula: 273213-0



Nome:



Kontrolliertes Rechnen eines Kindes (2) 6 C 2259 (e)su 61967125 A

廣雅集解卷之三

卷之三





\*004029\*

CERTIDAO DE INEXISTENCIA DE IML



POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DINTER-1 / GCOI-1 / 11<sup>º</sup> DESEC(Goiana)

DELEGACIA DE POLICIA 46<sup>º</sup> CIRCUNSCRICAO DE TIMBAÚBA/PE

## CERTIDÃO

Eu, Lincoln Miguel da Silva, Escrivão de Policia, QPC 1, Mat. 272.947-4, no uso de minhas atribuições legais, por me haver sido solicitado pelo Sr. IVONALDO RIBEIRO DA SILVA JUNIOR, que não há Instituto de Medicina Legal(I.ML) nas cidades abaixo relacionadas:

- CONDADO/PE; GOIANA/PE; ITAMBÉ/PE; FERREIRO/PE; CAMUTANGA/PE; TIMBAÚBA/PE; MACAPRANA/PE; ALLIANÇA/PE; VICÊNCIA/PE; BUENOS AIRES/PE; NAZARÉ DA MATA/PE; ITAQUITINGA/PE; TRACUNHAÉM/PE; CARPINA/PE; PAUDALHO/PE; LAGOA DO CARRO/PE e LAGOA DE ITAENGA/PE;

Dada e passada no cartório desta 46<sup>a</sup> Circunscrição Policial – Timbaúba/PE, no dia de hoje, vinte e um de Agosto de dois mil e catorze(21/08/2014). A presente é a verdade a que me reporto e dou fé.

  
Lincoln Miguel da Silva  
Escrivão de Policia  
Mat. 272.947-4

COMPREV SEGUROS, E PREVIDÊNCIA S/A.
RECEB 03 FEV 2015
Nome: _____

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA 46<sup>º</sup> CIRCUNSCRICAO DE TIMBAÚBA

**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**

Nome do(a) Examinado(a): **IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA** Sinistro: **3150072021** Data: **17/10/2014**

Endereço do(a) Examinado(a): **RUA DAS HORTENCIAS, 344 - ITAMBE - Itambé - PE - CEP 55920-000**

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: **[ SSP /PE ] 9828461**

Data local do exame: **[ 25/02/2015 ] Recife** [ **PE** ]

**Resultado da Avaliação Médica**

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s) **Fratura distal do rádio esquerdo. Limitação de movimentos do punho esquerdo, limitação de movimentos dos dedos da mão esquerda comprometendo a preensão da mão..**

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", favor NÃO preencher os demais campos abaixo, exceto o das observações (item V(\*)), se necessário

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico? [ **X** ] Sim [  ] Não

Caso a resposta seja "Não", prosseguir SOMENTE se houver alguma correlação entre a queixa e o histórico do acidente, justificando-a nas observações (item V(\*))

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicações. **Tratamento cirúrgico com colocação de material de osteossíntese.**

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)? [ **X** ] Sim [  ] Não

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

**Limitação funcional do membro superior esquerdo**

Caso a resposta seja "Não", concluir dentre as opções no item IV "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item IV opções "b" ou "c"

IV. 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_ dias

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

(  ) "Exame não permite conclusão"

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal (Sequela):  
**Membro superior esquerdo**

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
( **X** ) 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

% do dano: (  ) 10% residual (  ) 25% leve  
(  ) 50% médio (  ) 75% intensa (  ) 100% completo

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações (\*).

(  ) Total = "100% da IS"

V. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.



Paulo Sérgio Muniz - CRM: 5530 - PE

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150072021      **Cidade:** Itambé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA      **Data do acidente:** 17/10/2014      **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
SILVA

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 20/02/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** TRAUMA DE PUNHO ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** COM SEQURLA

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL PUNHO ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** INVALIDEZ PARCIAL/PUNHO ESQUERDO:50% DE 25% = 12,5%

**Documentos complementares:**

**Observações:**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um dos punhos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		<b>Total</b>	<b>12,5 %</b>	<b>R\$ 1.687,50</b>

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150072021      **Cidade:** Itambé      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** IVANETE MARIA ARAUJO FREIRE DA SILVA      **Data do acidente:** 17/10/2014      **Seguradora:** COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Fratura distal do rádio esquerdo.

**Descrição do exame** Limitação de movimentos do punho esquerdo, limitação de movimentos dos dedos da mão esquerda comprometendo a preensão da mão..

**Resultados terapêuticos:** Tratamento cirúrgico com colocação de material de osteossíntese.

**Sequelas permanentes:** Limitação funcional do membro superior esquerdo

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 25/02/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** Paulo Sergio Muniz

**CRM do médico:** 5530

**UF do CRM do médico:** PE

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## PRESTADOR

ACE Gestão de Saúde Ltda.

**Médico revisor:** OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

**CRM do médico:** 52.18145-0

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**

