

---

**Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190531900**

**Vítima: VALDIR ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), VALDIR ANTONIO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Comprovação de registro de acidente declarado</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados com o nome completo/correto da vítima, sem abreviações e/ou rasuras, pois o entregue está incorreto.
<b>Documentação médico-hospitalar</b>	Apresentar a cópia simples do Boletim de Primeiro Atendimento Médico, com a indicação dos procedimentos adotados, identificação da vítima e do médico responsável, com data, assinatura e CRM legíveis, pois não foi entregue.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 01 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190531900**

**Vítima: VALDIR ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), VALDIR ANTONIO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 18 de Setembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190531900**

**Vítima: VALDIR ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), VALDIR ANTONIO 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



---

**Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190531900**

**Vítima: VALDIR ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), VALDIR ANTONIO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	--

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 30 de Outubro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190531900**

**Vítima: VALDIR ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), VALDIR ANTONIO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

**Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190531900**

**Vítima: VALDIR ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), VALDIR ANTONIO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, emitido por órgão policial competente (Polícia Civil, Polícia Militar, Polícia Rodoviária Federal, Polícia Federal ou Corpo de Bombeiros Militar), pois o entregue não está adequado.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 20 de Dezembro de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190531900**

**Vítima: VALDIR ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), VALDIR ANTONIO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>Boletim de ocorrência</b>	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, em cópia simples, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue não possui estas informações.
------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

---

**Rio de Janeiro, 09 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190531900**

**Vítima: VALDIR ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

**Senhor(a), VALDIR ANTONIO DA SILVA**

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

<b>DUT</b>	Apresentar cópia do documento para confirmação do nome do proprietário. A solicitação está sendo realizada em caráter excepcional, pois não foi possível identificar na documentação apresentada.
------------	---

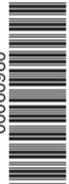
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



---

Rio de Janeiro, 03 de Julho de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190531900**

**Vítima: VALDIR ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), VALDIR ANTONIO 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, 23 de Julho de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190531900**

**Vítima: VALDIR ANTONIO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/01/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), VALDIR ANTONIO DA SILVA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 031869319 3 - CPF da vítima: 821.493.134-72 4 - Nome completo da vítima: Valdir Antonio 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: Valdir Antonio da Silva 6 - CPF: 821.493.134-72  
7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Rua Pirangi 9 - Número: 32 10 - Complemento: Casa C  
11 - Bairro: Campesina do Barreto 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52121-390  
15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 81 9 8438-4719

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

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

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

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

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

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

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

AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00031538 2  
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_  
(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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 (airasoc)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Recife, 13 de Setembro 2019

Valdir Antonio da Silva  
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  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC  
DIM/1ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0091001691**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/09/2019** às **14:29**

Complementa o BO Número: **19E0091001688**

**ATROPELAMENTO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Doloso (Consumado)** que aconteceu no dia **11/1/2018** às **18:25**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CORONEL URBANO RIBEIRO DE SENA, 1** - Bairro: **AGUA FRIA**  
- **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **ANTIGA RADIO CAPIBARIBE**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

DESCONHECIDO ( AUTOR \ AGENTE )  
VALDIR ANTONIO DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

**VALDIR ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino**Mãe: **SONIA MARIA DA SILVA**  
Data de Nascimento: **11/6/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3762509/SDS/PE (RG)**  
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares:  
- **984384719**

Endereço Residencial: **RUA PIRANGI, 32 - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUA FRIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**DESCONHECIDO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**VEICULO (VEICULO)**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

**Complemento / Observação**

INFORMA A VITIMA QUE NO LOCAL DESCRIMINADO FORA VITIMA DE ATROPELAMENTO POR UMA MOTOCICLETA DE PLACA E CONDUTOR DESCONHECIDO QUE EVADIU-SE DO LOCAL , SENDO A VITIMA SOCORRIDO PELO SAMU OCORRENCIA S-426829 ,SENDO SOCORRIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO , ONDE FICOU INTERMNADO .

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

*\* Val dir anterior da SIE*  
**VALDIR ANTONIO DA SILVA**  
(VITIMA)



B.O. registrado por: **JOSE EDSON DE OLIVEIRA** Matrícula: **381.143-3**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC  
DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0091001781**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/09/2019** às **11:48**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **11/1/2018** às **18:25**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CORONEL URBANO RIBEIRO DE SENA, 1, ANTIGA RADIO CAPIBARIBE** - Bairro: **AGUA FRIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

ID. DESCONHECIDA ( AUTOR / AGENTE )  
VALDIR ANTONIO DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ID. DESCONHECIDA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDIR ANTONIO DA SILVA

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

**VALDIR ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino**Mãe: **SONIA MARIA DA SILVA**  
Pai: **AMARO SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **11/6/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3762509/SDS/PE (RG). 82149313472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:  
**- 81984384719**

Endereço Residencial: **RUA PIRANGI, 32, CAMPINA DO BARRETO - CEP: - Bairro: - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ID. DESCONHECIDA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido**Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOBILET (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR ANTONIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR ANTONIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q-2** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **CINQUENTINHA CL.**

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ID. DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ID. DESCONHECIDA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE NO DIA E HORARIO DESCRITOS NESTE B.O., O MESMO SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO O MESMO CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA SHINERAY, 50 CC, PELA RUA CORONEL URBANO RIBEIRO, DE SENA, NAS PROXIMIDADES DA RÁDIO CAPIBARIBE, OUTRO VEÍCULO MOTOCICLETA, QUE ERA PILOTADO POR PESSOA E PLACA NÃO IDENTIFICADA REALIZOU UMA MANOBRA BRUSCA VINDO A ATINGIR A SUA MOTOCICLETA ONDE O MESMO VEIO A CAIR AO SOLO, CAUSANDO FERIMENTOS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE TOMOU DESTINO IGNORADO PELA VITIMA. EM SEGUIDA O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FICOU INTERNADO DIANTE DAS GRAVIDADES DOS FERIMENTOS. NADA MAIS DE REGISTRO.**

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

*Valdir Antonio da Silva*  
**VALDIR ANTONIO DA SILVA**  
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cleto Eduardo Honorato da Silva* **CLETO EDUARDO HONORATO DA SILVA** - Matrícula: **3811565**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC  
DIM/1ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0091001781**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/09/2019** às **11:48**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **11/1/2018** às **16:25**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CORONEL URBANO RIBEIRO DE SENA, 1, ANTIGA RADIO CAPIBARIBE** - Bairro: **AGUA FRIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

ID. DESCONHECIDA (AUTOR / AGENTE)  
VALDIR ANTONIO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): ID. DESCONHECIDA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): VALDIR ANTONIO DA SILVA

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

**VALDIR ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **SONIA MARIA DA SILVA**  
Pai: **AMARO SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **11/6/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3762509/SDS/PE (RG), 82149313472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1ª GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares:  
- **81984384719**

Endereço Residencial: **RUA PIRANGI, 32, CAMPINA DO BARRETO** - CEP: - Bairro: - **RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ID. DESCONHECIDA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOBILET (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR ANTONIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR ANTONIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q-2** Objeto apreendido: **Não**  
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Descrição: **CINQUENTINHA CL.**

**CARTÓRIO DE NOTAS DO 5º OFÍCIO DO RECIFE**  
Rua Siqueira Campos, 100 - Santo Antônio - Recife - PE - Fone: (81) 3441-1000  
Tabellão Interino - Carlos Alberto Ribeiro - Nota

AUTENTICAÇÃO conforme com o original apresentado. Válido somente quando acompanhado do selo digital. Dou fé.

[ ] Carolina Eustáquio do Nascimento Cunha Andrade - Substituta  
[ ] Ana Paula Costa de Melo Roma - Substituta  
[ ] Anderson Christian Soares de Lima - Escrevente Autorizado  
[ ] Ubirajara Gomes de Lima Junior - Escrevente Autorizado  
Recife: 14/10/2018 - Empl. R\$3,07 - FERC(10%): R\$0,34 -  
TSNR(20%): R\$0,68 - FERM(1%): R\$ 0,03 - FUNSEG(2%):  
R\$ 0,07 - TOTAL R\$4,19 - Selo Digital nº  
0074005 XYQ10201901.01702 Consulte Autenticidade em:  
[www.tpe.jus.br/selodigital](http://www.tpe.jus.br/selodigital)



30/09/2019

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ID. DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr (a): **ID. DESCONHECIDA**  
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

### Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE NO DIA E HORARIO DESCRITOS NESTE B.O., O MESMO SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO O MESMO CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA SHINERAY, 50 CC, PELA RUA CORONEL URBANO RIBEIRO, DE SENA, NAS PROXIMIDADES DA RÁDIO CAPIBARIBE, OUTRO VEÍCULO MOTOCICLETA, QUE ERA PILOTADO POR PESSOA E PLACA NÃO IDENTIFICADA REALIZOU UMA MANOBRA BRUSCA VINDO A ATINGIR A SUA MOTOCICLETA ONDE O MESMO VEIO A CAIR AO SOLO, CAUSANDO FERIMENTOS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE TOMOU DESTINO IGNORADO PELA VITIMA. EM SEGUIDA O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FICOU INTERNADO DIANTE DAS GRAVIDADES DOS FERIMENTOS. NADA MAIS DE REGISTRO.**

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

*Valdir Antonio da Silva*  
**VALDIR ANTONIO DA SILVA**  
 (VITIMA)

B.O. registrado por: *Cleto Eduardo Honorato da Silva* **CLETO EDUARDO HONORATO DA SILVA** - Matrícula: **3811565**





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC  
DIM/1ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0091002000**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **29/10/2019** às **15:31**

Complementa o BO Número: **19E0091001781**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)** que aconteceu no dia **11/1/2018** às **18:25**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CORONEL URBANO RIBEIRO DE SENA, 1, ANTIGA RADIO CAPIBARIBE** - Bairro: **AGUA FRIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

ID. DESCONHECIDA ( AUTOR \ AGENTE )  
VALDIR ANTONIO DA SILVA ( VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDIR ANTONIO DA SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ID. DESCONHECIDA

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

**VALDIR ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **SONIA MARIA DA SILVA**  
Pai: **AMARO SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **11/6/1974** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **3762509/SDS/PE (RG), 82149313472 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º GRAU INCOMPLETO** Profissão: **MECANICO** Telefones Celulares: **- 81984384719**

Endereço Residencial: **RUA PIRANGI, 32, CAMPINA DO BARRETO - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUA FRIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ID. DESCONHECIDA (não presente ao plantão)** - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOBILET (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR ANTONIO DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR ANTONIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Renavam: **030723** Chassi: **LXYXCBL06C0267822**

Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

Descrição: **CINQUENTINHA CL.,MODELO PHOENIX50Q-2,NF:ORIGEM 013, ESPECIE PASSAGEIRO,PASSAGEIRO :2**

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ID. DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr (a): **ID. DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

#### Complemento / Observação

**INFORMA A VITIMA QUE NO DIA E HORARIO DESCRITOS NESTE B.O., O MESMO SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO O MESMO CONDUZIA A SUA MOTOCICLETA SHINERAY, 50 CC, PELA RUA CORONEL URBANO RIBEIRO, DE SENA, NAS PROXIMIDADES DA RÁDIO CAPIBARIBE, OUTRO VEÍCULO MOTOCICLETA, QUE ERA PILOTADO POR PESSOA E PLACA NÃO IDENTIFICADA REALIZOU UMA MANOBRA BRUSCA VINDO A ATINGIR A SUA MOTOCICLETA ONDE O MESMO VEIO A CAIR AO SOLO, CAUSANDO FERIMENTOS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE TOMOU DESTINO IGNORADO PELA VITIMA. EM SEGUIDA O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FICOU INTERNADO DIANTE DAS GRAVIDADES DOS FERIMENTOS. NADA MAIS DE REGISTRO.**

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

**VALDIR ANTONIO DA SILVA**

(VITIMA)

*Valdir Antonio da Silva*

B.O. registrado por: **IVAN FERREIRA DE LIMA** - Matrícula: **3810925**



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 001ª CIRCUNSCRIÇÃO - RIO BRANCO - DP1ªCIRC  
DIM/1ªDESEC

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0091002300**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **09/12/2019** às **11:58**

Complementa o BO Número: **19E0091002158**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)** que aconteceu no dia **11/1/2018** às **18:25**

Fato ocorrido no endereço: **RUA CORONEL URBANO RIBEIRO DE SENA, 1, ANTIGA RADIO CAPIBARIBE - Bairro: AGUA FRIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

**Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:**

ID. DESCONHECIDA (AUTOR \ AGENTE )  
ANDERSON DULTRA CAMILO (OUTRO )  
VALDIR ANTONIO DA SILVA (VITIMA )

**Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:**

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): VALDIR ANTONIO DA SILVA  
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ID. DESCONHECIDA

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

**VALDIR ANTONIO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SONIA MARIA DA SILVA Pai: AMARO SEVERINO DA SILVA Data de Nascimento: 11/6/1974 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 3762509/SDS/PE (RG), 82149313472 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: MECANICO Telefones Celulares: 81984384719**

Endereço Residencial: **RUA PIRANGI, 32, CAMPINA DO BARRETO - CEP: 55000-000 - Bairro: AGUA FRIA - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

**ID. DESCONHECIDA (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

**ANDERSON DULTRA CAMILO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

**MOBILET (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ANDERSON DULTRA CAMILO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **VALDIR ANTONIO DA SILVA**  
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/SHINERAY/XY 50 Q-2** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **PRETA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Renavam: 030723 Chassi: LXYXCBL06C0267822  
Ano Fabricação/Modelo: 2012/2012 Combustível: GASOLINA  
Descrição: CINQUENTINHA CL., MODELO PHOENIX50Q-2, NF: ORIGEM 013, ESPECIE  
PASSAGEIRO, PASSAGEIRO :2

**MOTOCICLETA (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **ID. DESCONHECIDA**, que estava em posse do(a) Sr(a):  
**ID. DESCONHECIDA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 150 BROS KS** Objeto apreendido: **Não**  
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Combustível: **DESCONHECIDO**  
Descrição: **HONDA, MODELO BROS 150 C**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE NO DIA E HORARIO DESCRITOS NESTE B.O., O MESMO SOFREU UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO O MESMO CONDUZIA A MOTOCICLETA SHINERAY, 50 CC, D E PROPRIEDADE DO SR. ANDERSON DULTRA CAMILO, PORTADOR DO IND. 83773.377, PELA RUA CORONEL URBANO RIBEIRO, DE SENA, NAS PROXIMIDADES DA RÁDIO CAPIBARIBE, OUTRO VEÍCULO MOTOCICLETA, QUE ERA PILOTADO POR PESSOA E PLACA NÃO IDENTIFICADA REALIZOU UMA MANOBRA BRUSCA VINDO A ATINGIR A SUA MOTOCICLETA ONDE O MESMO VEIO A CAIR AO SOLO, CAUSANDO FERIMENTOS E ESCORIAÇÕES PELO CORPO E QUE O CAUSADOER DO ACIDENTE TOMOU DESTINO IGNORADO PELA VITIMA. EM SEGUIDA O MESMO FOI SOCORRIDO PELO SAMU PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO ONDE FICOU INTERNADO DIANTE DAS GRAVIDADES DOS FERIMENTOS. NADA MAIS DE REGISTRO. EM TEMPO

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

*Valdir Antonio da Silva*

**VALDIR ANTONIO DA SILVA**  
**(VITIMA)**



B.O. registrado por: **CLEIVSON SANTIAGO DE ALMEIDA SILVA** - Matrícula: **350679-7**



# 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: 031869319 3 - CPF da vítima: 821.493.134-72 4 - Nome completo da vítima: Valdir Antonio 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: Valdir Antonio da Silva 6 - CPF: 821.493.134-72  
 7 - Profissão: Mecânico 8 - Endereço: Rua Pinangí 9 - Número: 32 10 - Complemento: Casa C  
 11 - Bairro: Campanha do Barreto 12 - Cidade: Recife 13 - Estado: PE 14 - CEP: 52121-390  
 15 - E-mail: \_\_\_\_\_ 16 - Tel. (DDD): 81 98438-4719

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

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

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:  BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO  REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)  
 CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)  
 Bradesco (237)  Itaú (341)  
 Banco do Brasil (001)  Caixa Econômica Federal (104)  
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
 Nome do BANCO: \_\_\_\_\_  
 AGÊNCIA: 0048 CONTA: 00031538 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.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  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 (vários)?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado  
 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_  
 37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido \_\_\_\_\_

38 - 1ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_  
 39 - 2ª | Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_  
 Assinatura da testemunha \_\_\_\_\_

40 - Local e Data, Recife, 13 de Setembro 2019  
Valdir Antonio da Silva  
 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



POR VOCE, TRABALHANDO SEM PAUSA



Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 092.02.2018  
EM: 27.02.2018

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **VALDIR ANTONIO DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **3762509** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **821.493.134-72**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-426829**, que no dia 11 de janeiro de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão entre motos, por volta das 18h25, na Rua Coronel Urbano Ribeiro de Sena, nas Imediações da antiga Radio Capibaribe, Campina do Barreto, Recife/PE e, em seguida, direcionado ao Hospital da Restauração, Recife, 27 de fevereiro de 2018.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano - Recife

*Sergio Parente Costa*  
Dr. **Sérgio Parente Costa**  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife



Secretaria de Saúde  
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

## DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 092.02.2018  
EM: 27.02.2018

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **VALDIR ANTONIO DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **3762509** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **821.493.134-72**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-426829**, que no dia 11 de janeiro de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão entre motos, por volta das 18h25, na Rua Coronel Urbano Ribeiro de Sena, nas imediações da antiga Radio Capibaribe, Campina do Barreto, Recife/PE e, em seguida, direcionado ao Hospital da Restauração. Recife, 27 de fevereiro de 2018.

*Dr. Sérgio Parente Costa*  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano - Recife

*Sergio Parente Costa*  
**Dr. Sérgio Parente Costa**  
Gerente de Informação e Avaliação  
SAMU Metropolitano do Recife



CNPJ 09.789.035/0001-84  
 INSC. EST. N° 18.1.001.0014398-2

NOTIFICACAO DE DEBITO

**DADOS DO CLIENTE**  
 VALDIR ANTONIO DA SILVA  
 R PIRANGI, H. 00032 - CASA-C - CAMPINA DO BARRETO RECIFE PE 52  
 121-390  
 INSCRICAO: 360.214.565.0138.003 GRUPO:6 DEB.AUTOMATICO: 060625042

MATRICULA: 060625042 H° 95072303  
 82149313472

SITUAÇÃO ÁGUA LIGADO	SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL	RESIDENCIAL		
		RESIDENCIAL	COMERCIAL INDUSTRIAL	PUBLICA
HIDROMETRO Y08896/124	DATA LEIT. ANTERIOR 29/07/2019	DATA LEIT. ATUAL 28/08/2019	TIPO DE CONSUMO (A/E) REAL	

NOTIFICAÇÃO DE DEBITOS - ATENÇÃO

A PARTIR DO RECEBIMENTO DESTE AVISO, DE ACORDO COM O DECRETO ESTADUAL N° 18.251 DE 21.12.94, FICA VOSSA SENHORIA CIENTE QUE, CASO OS DEBITOS NAO SEJAM LIQUIDADOS, EFETUAREMOS A SUSPENSÃO DO SEU ABASTECIMENTO DE ÁGUA. MANTENHA OS DOCUMENTOS DE REGULARIZAÇÃO EM SEU INOVEL PARA APRESENTAÇÃO AOS Nossos FUNCIONARIOS. PAGUE EM DIA SUAS CONTAS, EVITE O CORTE E A REGATIVACAO DO SEU NOME NO SPC SERASA.

CASO JÁ TENHA QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESSE AVISO.

REFERENCIA CONTA 06/2019	VENCIMENTO 15/07/2019	VALOR(R\$) 42,12
-----------------------------	--------------------------	---------------------

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

<b>NOME:</b> VALDIR ANTONIO DA SILVA	<b>PRONTUÁRIO:</b> 154641	<b>ATENDIMENTO:</b> 00919376
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 11/06/1974	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 11/01/2019 ÀS 18:59	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 23/01/2018 ÀS 16:16	

**Diagnóstico Provável:**

FERIMENTO EXTENSO EM PÉ D. CID-10: S91.3

**Tratamento Realizado:**

LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + ATBTERAPIA + ANALGESIA

**Observação:**

45 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS + ATB PARA CASA + CURATIVO DIÁRIO EM UBS + RETIRAR PONTOS COM 20 DIAS APÓS A ALTA

**Encaminhado para:**

ACOMPANHAMENTO DE CICATRIZAÇÃO EM UBS

OBS: RETORNAR A EMERGENCIA DO HR, CASO APRESENTE ALGUMA COMPLICAÇÃO NO PÉ.

Dr. Pedro Walter Feitosa Martins  
Médico Traumatologia / Ortopedia  
CREMEPE: 25622

PEDRO WALTER FEITOSA MARTINS - CRM: Nº.25622

Recife, 23, JANEIRO ,2018

**ATENÇÃO:**

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





120716

**Requerimento de Benefício por Incapacidade**

**Comprovante do Requerimento**

Requerimento: 185853661  
 Benefício Nº: 6213953860  
 Data: 07/02/2018

**Dados Do Requerimento**

NIT (PIS/PASEP): 12615449453

Nome: VALDIR ANTONIO DA SILVA

Endereço: R RUA BUENOS AYRES, 189 ESPINHEIRO

Bairro/Município/UF/CEP: ESPINHEIRO / RECIFE / PE / 52020180

Agência: RECIFE ENCRUZILHADA

Endereço da Realização da Perícia: AV NORTE MIGUEL ARRAES DE ALENCAR, 2008

Bairro/Município/UF/CEP da Perícia: ENCRUZILHADA / RECIFE / PE / 52041080

Exame médico-pericial agendado para: 23/02/2018 10:20

**Termo de Responsabilidade**

Confirmando a data do último dia de trabalho informada: \_\_\_\_\_

Responsabilizo-me sob as penas da lei pela veracidade das informações prestadas.

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

Carimbo e Assinatura do responsável pela Empresa: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Observação**

1. Quando do comparecimento para a realização da perícia médica apresentar os seguintes documentos:

- a. Documento de IDENTIDADE Original;
- b. EXAMES ou RELATÓRIOS MÉDICOS, caso possua;
- c. Se empregado, exceto doméstico, declaração preenchida pela empresa com a informação do último dia trabalhado, valendo para esse fim, a informação prestada neste formulário de requerimento;
- d. Se empregado, ou trabalhador avulso, NOME e DATA DE NASCIMENTO dos dependentes para fins de salário-família, caso informado;
- e. Se segurado especial(trabalhador rural), apresentar a documentação que comprove a atividade;

2. A agência bancária selecionada poderá sofrer alteração de acordo com as regras para seleção de local de pagamento de benefícios do INSS. A informação do local de pagamento constará na Carta de Concessão do Benefício ou poderá ser obtida no endereço [www.previdencia.gov.br](http://www.previdencia.gov.br) ou ligando para o número 135 da Central.

3. Para que a Previdência Social possa localizá-lo(a), mantenha o seu endereço sempre atualizado, o que pode ser feito, inclusive, por meio da Central 135.

Encerrar    Imprimir

*MIM*  
*52/10/18*  
*13/02/18*  
*14/10/18*

### FICHA DE ESCLARECIMENTO

<b>NOME:</b> VALDIR ANTONIO DA SILVA	<b>PRONTUÁRIO:</b> 154641	<b>ATENDIMENTO:</b> 00919376
<b>DATA DE NASCIMENTO:</b> 11/06/1974	<b>FOI ATENDIDO EM:</b> 11/01/2019 Às 18:59	
	<b>DATA DA ALTA:</b> 23/01/2018 ÀS 16:16	

**Diagnóstico Provável:**

FERIMENTO EXTENSO EM PÉ D. CID-10: S91.3

**Tratamento Realizado:**

LIMPEZA CIRÚRGICA + DESBRIDAMENTO + ATBTERAPIA + ANALGESIA

**Observação:**

45 DIAS DE AFASTAMENTO DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS + ATB PARA CASA + CURATIVO DIÁRIO EM UBS + RETIRAR PONTOS COM 20 DIAS APÓS A ALTA

**Encaminhado para:**

ACOMPANHAMENTO DE CICATRIZAÇÃO EM UBS

OBS: RETORNAR A EMERGENCIA DO HR, CASO APRESENTE ALGUMA COMPLICAÇÃO NO PÉ.

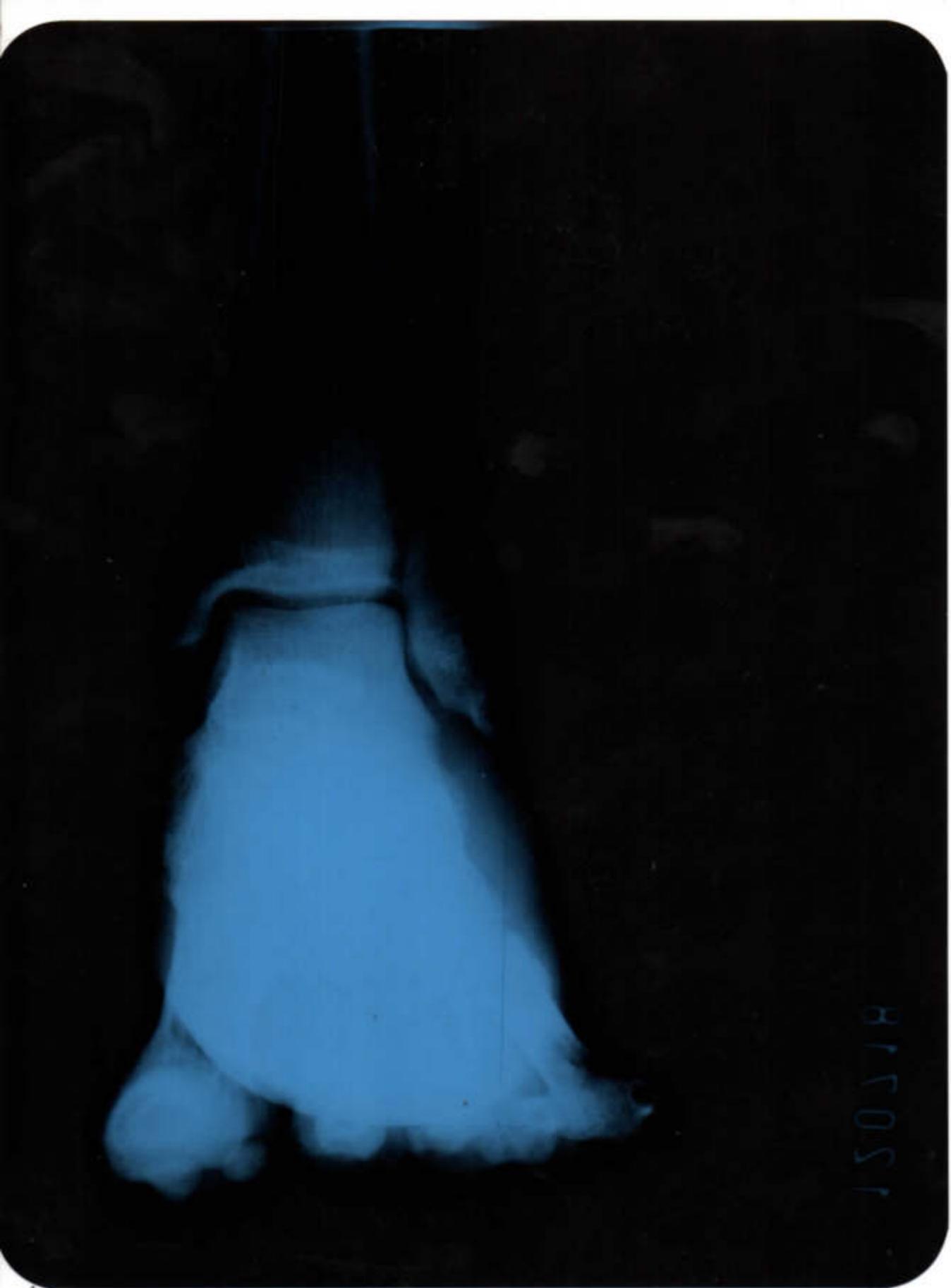
Dr. Pedro Walter Feitosa Martins  
Médico Traumatologia / Ortopedia  
CRM: 25622

PEDRO WALTER FEITOSA MARTINS - CRM: Nº.25622

Recife, 23, JANEIRO ,2018

**ATENÇÃO:**

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



817051

120718



Receituário Controle Especial

Identificação do emitente			
NOME COMPLETO: PLETO: PEDRO WALTER FEITOSA MARTINS		CRM: 25622	
UF PE	NÚMERO: S/N	Endereço: AV. AGAMENON MAGALHÃES	
BAIRRO: DERBY	FONE: 3181-5400	CIDADE: RECIFE	UF: PE

Paciente:  
VALDIR ANTONIO DA SILVA

Endereço paciente:  
RUA DOS CRAVEIROS

Prescrição:

USO ORAL

1) CLAVULIN BD 875MG \_\_\_\_\_ 20CP  
TOMAR 01CP VO DE 12/12 HORAS, POR 10 DIAS.

2) FLANCOX 500MG \_\_\_\_\_ 01CX  
TOMAR 01 CP VO DE 12/12H, POR 4 DIAS

3) DIPIRONA 1G \_\_\_\_\_ 01CX  
TOMAR 01CP VO DE 06/06 HORAS, SE DOR.

*Dr. Pedro Walter Feitosa Martins*  
Médico Traumatologia / Ortopedia  
CRM: PE - 25622

Data: 23/01/2018

Assinatura do médico/carimbo

Identificação do Comprador	
Nome:	_____
Identidade:	_____
Endereço:	_____
Cidade:	_____
Telefone:	_____
Órgão Emissor:	_____
UF:	_____

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do Farmacêutico	
Data: _____	



RECEBEMOS DE GARAGGI 55 OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e  
Nº 000.001.262  
Série 1

**GARAGGI 55**



AV. MARECHAL MASCARENHAS DE  
MORAIS Nº 4636 A - IMBIRIBEIRA -  
CEP 50030-901  
FONE (81)34713488

**DANFE**

Documento Auxiliar da  
Nota Fiscal Eletrônica  
0-ENTRADA 1  
1-SAIDA 1  
Nº 000.001.262  
SÉRIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

2611 1110 8729 1500 0146 5500 1000 0013 6219 3375 3891

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e  
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefiz autorizados

NATUREZA OPERAÇÃO

VEND. VEIC. NOVO D/E

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE UDI

1261100401275F7 09/11/2011 13:22:04

INSCRIÇÃO ESTADUAL

038079402

INS. ESTADUAL DO SECT. TRIBUTÁRIO

CNPJ

10.872.915/0001-40

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

NOME RAZÃO SOCIAL

PEDRO SALVIANO SILVA SOARES

CNPJ

500.230.203-34

DATA DA EMISSÃO

09/11/2011

ENDEREÇO

RUA ITAI 161

BAIRRO/DISTRITO

JARDIM SAO PAULO

CEP

50790-290

DATA DA SAÍDA DO VEICULO

MUNICÍPIO

RECIFE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

(81)99095606

UF

PE

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

DATA DE RECEBIMENTO

**FATURA/DUPLICATAS**

**PAGAMENTO A PRAZO**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	3.700,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO ACERTO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				3.700,00

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

NOME RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA DE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEICULO DE	CNPJ
	0-EMITENTE			
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO
1				0,000
				PESO LÍQUIDO
				0,000

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM88	CT	CFOP	CHL	Q.CANT.	V.ANTARDO	V.DESC.	V.TOTAL	BC.ICMS	V.ICMS	V.CMVA	V.IMP.	V.IMP.STR.	V.IMP.STR.STR.
10000000	DITALLY BASHAN / JOY 50 PLUS Veículo NOVO Motor CYALLY / BASHAN Tipo MOTOCICLO Modelo CYALLY BASHAN / JOY 50 PLUS Comb. GASOLINA Ano Fab. 2011 Ano Mod. 2012 Chassi: LHXCBDC0002096 Motor: DHPMB1DA11584 49cc 2,4 Hp Cor: VERMELHA Reservas: 000000 NF Origem: 1999 Especie: PASSAGEIROS Passageiros: 2	8711000	090	5425	UN	1,00	3.700,0000	0,00	3.700,00	0,00	4,00	0,00	0,00	0,00	0,00

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
PRÉDIO: VN-457 PRÉ-VENDA: 762 VENDEDOR: NETO FORMA PGTO: CHEQUE A VISTA VEICULOS  
RG: 9184411 SSP PE  
IMPOSTO RECOLHIDO POR SUBSTITUIÇÃO TRIBUTÁRIA NOS TERMOS DO ART 312  
DO RICMS - PE  
VEICULO VENDIDO SEM RESERVA DE DONAÇÃO E SEM ALIENAÇÃO FIDUCIÁRIA.

RESERVADO AO FISCO

DATA E HORA DA IMPRESSÃO: 09/11/2011 13:22

Desenvolvido por DIO-SFS

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190531900

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VALDIR ANTONIO DA SILVA

**Data do acidente:** 11/01/2018

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Ferimento extenso no pé direito

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima com cicatriz em dorso do pé direito, sem sinais de retração cicatricial. Mobilidade do pé preservada, com marcha livre.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a limpeza cirúrgica, sutura do ferimento. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 1 ano.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 17/07/2020

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190531900 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDIR ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 02/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO). ALTA MÉDICA.

### Sequelas permanentes:

**Sequelas:** Sem sequela

**Documento/Motivo:** Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190531900 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** VALDIR ANTONIO DA SILVA **Data do acidente:** 11/01/2018 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

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

**Data da análise:** 03/07/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Sim

**Diagnóstico:** TRAUMA CONTUSO EM PÉ DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (DESBRIDAMENTO). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECIMENTO DE SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM.

**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
<b>Total</b>			<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0318693/19

**Vítima:** VALDIR ANTONIO DA SILVA

**CPF:** 821.493.134-72

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

**Data do acidente:** 11/01/2018

**Titular do CPF:** VALDIR ANTONIO DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

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

**VALDIR ANTONIO DA SILVA : 821.493.134-72**

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](http://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: 13/09/2019  
Nome: VALDIR ANTONIO DA SILVA  
CPF: 821.493.134-72

\_\_\_\_\_  
VALDIR ANTONIO DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/09/2019  
Nome: Jose Soares da Silva Filho  
CPF: 194.764.344-49

\_\_\_\_\_  
Jose Soares da Silva Filho

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190531900

**Cidade:** Recife

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** VALDIR ANTONIO DA SILVA

**Data do acidente:** 11/01/2018

**Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** Ferimento extenso no pé direito

**Descrição do exame físico:** Ao exame, vítima com cicatriz em dorso do pé direito, sem sinais de retração cicatricial. Mobilidade do pé preservada, com marcha livre.

**Resultados terapêuticos:** Submetido a limpeza cirúrgica, sutura do ferimento. Fez fisioterapia. Alta há cerca de 1 ano.

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Data do exame físico:** 17/07/2020

**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
		Total	0 %	R\$ 0,00