



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 189ª CIRCUNSCRIÇÃO - TACARATU - DP189ªCIRC  
DINTER2/22ªDESEC**



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0279000448**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/10/2019** às **10:35**

**ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado)**, que aconteceu no dia **27/4/2019** às **12:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE TACARATU, 1, RUA VEREADOR NILSON GOMES, DISTRITO DE CARAIBEIRAS** - Bairro: **CENTRO - TACARATU/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **SALÃO DE SANDRA CABELEIREIRA**  
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

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

NÃO SE APLICA ( AUTOR \ AGENTE )  
LUCAS DA SILVA NUNES ( OUTRO )  
GABRIELA MACHADO DE ARAÚJO ( TESTEMUNHA )  
ROSANGELA NUNES DA SILVA ( VITIMA )

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

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROSANGELA NUNES DA SILVA

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

**ROSANGELA NUNES DA SILVA (presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **GUIOMAR NUNES DA SILVA** Pai: **ANGELO ANTONIO NUNES** Data de Nascimento: **5/8/1983** Naturalidade: **TACARATU / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7255278/SDS/PE (RG), 05979067426 (CPF)** Estado Civil: **CASADO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **AGENTE DE SAUDE PUBLICA** Telefones Celulares: **- 87999664746**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TACARATU, 83, RUA JOÃO VICENTE DE LIMA, DISTRITO DE CARAIBEIRAS - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TACARATU/PERNAMBUCO/BRASIL, AO LADO DE CAIO BEBIDAS**

**GABRIELA MACHADO DE ARAÚJO (não presente ao plantão)** - Sexo: **Feminino** Mãe: **NÃO INFORMADO** Pai: **NÃO INFORMADO** Data de Nascimento: **1/1/1900** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TACARATU, 1, RUA ANTONIO XAVIER - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TACARATU/PERNAMBUCO/BRASIL, AO LADO DO MERCADO DE ITAMAR**

**NÃO SE APLICA** - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

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

**LUCAS DA SILVA NUNES (não presente ao plantão)** - Sexo: **Masculino** Mãe: **ELISANGELA DA SILVA NUNES** Pai: **JOJSE NILTON NELSON NUNES** Data de Nascimento: **2/11/1998** Naturalidade: **PETROLANDIA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10263927/SDS/PE (RG), 12697599495 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU COMPLETO** Profissão: **MOTORISTA**  
Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE TACARATU, 1, RUA FLORO JOÃO DE ARAUJO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - TACARATU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

**VEÍCULO (VEICULO)** de propriedade do(a) Sr(a): **LUCAS DA SILVA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROSANGELA NUNES DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/BIZ125** Objeto apreendido: **Não**

Cor: **BRANCA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)** Unitário: **(BAHT)**

Placa: **OYT0059** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: **101689285** Chassi: **9C2JC4830DR039034**

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

Descrição: **HONDA BIZ 125 EX**

## Complemento / Observação

**INFORMA A VÍTIMA QUE NO DIA HORA E LOCAL DESCRITOS NESTE BOLETIM, CONDUZIA A MOTO HONDA BIZ COM SUA AMIGA GABRIELA NA GARUPA, QUANDO ACABOU PERDENDO O CONTROLE DO VEÍCULO EM UM ENTULHO DE CONSTRUÇÃO, VINDO A CAIR E FRATURAR O PÉ DIREITO. ENQUANTO SUA AMIGA TEVE APENAS ESCORIAÇÕES LEVES. A VÍTIMA DEU ENTRADA NO HOSPITAL LOCAL E DEPOIS POR CONTA PRÓPRIA SE DIRIGIU ATÉ A CIDADE DE SERRA TALHADA, ONDE TRÊS DIAS DEPOIS FEZ UMA CIRURGIA NO HOSPITAL SÃO FRANCISCO, POR CAUSA DA FRATURA. DIANTE DO EXPOSTO, COMPARECEU NESTA DELEGACIA PARA DAR ENTRADA NO SEGURO DPVAT.**

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

*Rosângela Nunes da Silva*

**ROSANGELA NUNES DA SILVA**  
**(VITIMA)**

*Jose Eduardo Neves de Araujo*  
B.O. registrado por: **JOSE EDUARDO NEVES DE ARAUJO** - Matrícula: **1797964**



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

059.790.674-26

4 - Nome completo da vítima:

ROSANGELA NUNES 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:

ROSANGELA NUNES DA SILVA

6 - CPF:

059.790.674-26

7 - Profissão:

RECUSO INFORMAR

8 - Endereço:

RUA JOÃO VICENTE DE LIMA

9 - Número:

100

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CARAIBEIRAS

12 - Cidade:

TACARATU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56480-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2702

2

CONTA: 8388

7

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 (vai nascer)?

☐ 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TACARATU/PE, 12.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

**PREFEITURA MUNICIPAL DE TACARATU**

Secretaria Municipal de Saúde  
UNIDADE MISTA EDMIR FERRAZ GOMINHO

**SERVIÇO DE PRONTO  
ATENDIMENTO**

PRONTUÁRIO: 152.479/MI

DATA: 27/04/2019

HORA: 19:58

NOME: Rosângela Menezes da Silva

DATA NASCIMENTO: 05/03/83

SEXO: F

IDADE: 36

FONE: ( )

FILIAÇÃO: Angelo Antônio Menezes e de Quinoma  
Menezes da Silva

ENDEREÇO: Rua João Trancoso de Souza, Caraburu  
Tacaratu

**DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO**

☐ **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

VEÍCULO  
MODO

Automóvel ☐  
Atropelamento ☐

Ônibus ☐  
Colisão ☐

Moto ☐  
Capotagem ☐

Outro ☐  
Outro ☐

Ignorado ☐  
Ignorado ☐

☐ **AGRESSÃO**

POR  
MODO

Assalto ☐

Arma de Fogo ☐  
Briga ☐

Arma Branca ☐  
Ação Policial ☐

Espancamento ☐  
Agressão Sexual ☐

Outro ☐  
Outro ☐

Ignorado ☐  
Ignorado ☐

☐ **ACIDENTE DE TRABALHO**

ORIGEM

Construção Civil ☐

Indústria ☐

Agricultura ☐

Comércio ☐

Outro ☐

Ignorado ☐

☐ **AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO**

POR

Arma de Fogo ☐

Enforcamento ☐

Drogas ☐

Queda de Nível ☐

Outro ☐

Ignorado ☐

Arma Branca ☐

Veneno ☐

Etilismo ☐

☐ **OUTROS TIPOS DE ACIDENTES**

Intoxicação Acidental ☐

Queda Acidental ☐

Afogamento ☐

Queimadura ☐

Outro ☐

Ignorado ☐

☐ **LOCAL DE OCORRÊNCIA**

Via Pública ☐

Domicílio ☐

Ambiente de Trabalho ☐

Escola ☐

Outro ☐

Ignorado ☐

**ATENDIMENTO**

Queixa Principal - Motivo

Acidente vítima de acidente automobilístico 10 - chaco,  
reperindo dor e região do dorso e direita.  
PR Med @

**Exame Físico**

PESO

TEMP.

PA

FR

FC

HGT

100x70

EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO

Marciana Feitosa da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PE 114840-7

CD:

- ① Raio-x do tórax em PA e perfil
- ② tenoxicam 1amp > EV 20/22
- aspirina 1amp

Ely  
comp. 23/2

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

Hora e Data da Alta

Médico - Assinatura - Carimbo

Faturamento - SIA - SUS

Proced.

Esp.

Idade

Assinatura do Paciente / Responsável



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROSANGELA NUNES DA SILVA,

RG nº: 7255278, data de expedição 26/11/2002, Órgão SDS/PE,

CPF nº: 059.790.674-26, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço 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)	RUA JOÃO VICENTE DE LIMA
Número	100
Apto / Complemento	CASA
Bairro	CARAIBEIRAS
Cidade	TACARATU
Estado	PE
CEP	56480-000
Telefone de Contato	(75) 9 8836-1283 / 9 9140-7110 / 3281-4455
E-mail	jailtoncs2000@yahoo.com.br

Por ser verdade, firmo-me.

Tacaratu/PE, 13 / 12 / 2019.

Assinatura do Declarante: Rosângela Nunes da Silva



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
CEP: 50040-000. Fone: (081) 0800 081 0195  
Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
CNPJ: 09.769.035/0001-64  
Qualidade da Água: www.compesa.com.br

Nº Documento: 20191050867447

Escritório: CARAIBEIRAS

**FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO**

DADOS DO CLIENTE

CLERISTON JOSE DA SILVA

R JOAO VICENTE DE LIMA, COMPESA 00100 - CARAIBEIRAS TACARATU PE 56480-000

INSCRIÇÃO: 319.820.400.0015.700

GRUPO: 14

OPÇÃO DES. AUTOMÁTICO: 05086744.7

RECORRIDO

ENVIADO PARA DEBITO

MATRÍCULA:

05086744.7

10/2019-7

SITUAÇÃO ÁGUA	SITUAÇÃO ESGOTO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	TERCEIROS
LIGADO	POTENCIAL	1			
CONSUMO A11U102106	DATA DE INSCRIÇÃO 08/10/2019	DATA DE INSCRIÇÃO 08/11/2019	VOLUME DE CONSUMO (L/2) REAL /		
ÁGUA		ESGOTO			
LEIT. ANT.: 990	CONSUMO: 16	LEIT. ANT.: 1	VOLUME: 0		
LEIT. ATUAL: 1006		LEIT. ATUAL: 1			
LEIT. FAT.: 1006		LEIT. FAT.: 1			
HISTÓRICO DE CONSUMO		NÚMEROS DE AMOSTRAS			
REFERÊNCIA/CONSUMO		EXIG. PELA PORT.	ANÁLISES	ATENÇÃO A	
		MS 2.914/11	REALIZADAS	LEGISLAÇÃO	
09/2019	15/	TURBIDEZ	19	20	20
08/2019	15/	COR APARENTE	19	20	20
07/2019	12/	COLOR RESIDUAL	19	20	20
06/2019	10/	COLIFORMES TOTAIS	19	20	20
05/2019	10/	E.Coli	19	20	20
04/2019	14/	OBSERVAÇÕES: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS.			
MÉDIA	12/ 0	(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E COLOR RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA.			
		(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.			

**DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS**

**CONSUMO POR FAIXA**

**VALOR R\$**

ÁGUA			
RESIDENCIAL 001 UNIDADE			
ATE 10 M3 - R\$ 44,08 (POR UNIDADE)	10 M3	44,08	
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3	6 M3	30,30	
MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2019		1,38	

PIS	74,38	1,65	1,23
COFINS	74,38	7,60	5,65

VENCIMENTO: 20/11/2019

TOTAL A PAGAR: 75,76

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 70,72. REGULARIZE SEU DÉBITO E EVITE A NEGA-TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 02/12/2019



ATENDIMENTO: 0800-0810195  
VAZAMENTOS: 0800-0810185

**Arpe** Agência de Regulação  
de Pernambuco

0800-2813844

MATRÍCULA:

05086744.7

10/2019-7

VENCIMENTO: 20/11/2019

TOTAL A PAGAR: 75,76

CÓDIGO DE BARRAS

VIA COMPESA

82820000000-5 75760018319-8 05086744701-6 10201970003-5



AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

## DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br) ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

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

Eu, LUCAS DA SILVA NUNES,

RG nº 10.263.927, data de expedição 17/08/2015

Órgão SSSIPE, portador do CPF nº 126.975.994-95,

com domicílio na cidade de TACARATU, no Estado de

PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA FLORO J. OLIVEIRA/CENTRO-CARAIBEIRAS, nº 770,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

ROSANGELA NUNES DA SILVA, cujo o condutor era

ROSANGELA NUNES DA SILVA.

Veículo: MOTONETA Modelo: MONDA/BIZ 125 ER Ano: 2014/2014

Placa: OVT 0059 Chassi: 9C2JC4830ER039034

Data do Acidente: 27/04/2019

Local e Data:

Tacaratu 04.12.2019

Lucas da Silva Nunes

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )



Serviço Notarial e Registral - Tacaratu/PE  
Tribunal de Justiça do Estado de Pernambuco, 1ª Vara de Registro de Imóveis, 1ª Vara de Registro de Títulos e Documentos  
Av. Cônego Frederico, s/n - Centro - Tacaratu - PE - CEP: 55430-000  
Maria José Campos de Lima - Tabelão Designada

Reconheço por Autenticidade a firma de LUCAS DA SILVA NUNES em  
04/12/2019. Dou fé. Em test. Maria Goretti Nunes de verdade. Escrevente Autorizada:  
MARIA GORETTI NUNES. E-mail: R\$ 3,36, TSNR: R\$ 0,80,  
FERM: R\$ 0,04, FUNSEG: R\$ 0,08, FERC: R\$ 0,40, ISS R\$ 0,20. Consulte  
autenticidade em [www.tjpe.jus.br/aeodigital](http://www.tjpe.jus.br/aeodigital)

Selo: 0077198 DRB11201901.00146





**PREFEITURA MUNICIPAL DE TACARATU**

Secretaria Municipal de Saúde  
UNIDADE MISTA EDMIR FERRAZ GOMINHO

**SERVIÇO DE PRONTO  
ATENDIMENTO**

PRONTUÁRIO: 152.479/MI

DATA: 27/04/2019

HORA: 19:58

NOME: Rosângela Menezes da Silva

DATA NASCIMENTO: 05/03/83

SEXO: F

IDADE: 36

FONE: ( )

FILIAÇÃO: Angelo Antônio Menezes e de Quinoma  
Menezes da Silva

ENDEREÇO: Rua João Travenço de Souza, Caraburu  
Tacaratu

**DADOS DO ACIDENTADO OU AGRESSÃO**

☐ **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

VEÍCULO  
MODO

Automóvel ☐  
Atropelamento ☐

Ônibus ☐  
Colisão ☐

Moto ☐  
Capotagem ☐

Outro ☐  
Outro ☐

Ignorado ☐  
Ignorado ☐

☐ **AGRESSÃO**

POR  
MODO

Assalto ☐

Arma de Fogo ☐  
Briga ☐

Arma Branca ☐  
Ação Policial ☐

Espancamento ☐  
Agressão Sexual ☐

Outro ☐  
Outro ☐

Ignorado ☐  
Ignorado ☐

☐ **ACIDENTE DE TRABALHO**

ORIGEM

Construção Civil ☐

Indústria ☐

Agricultura ☐

Comércio ☐

Outro ☐

Ignorado ☐

☐ **AUTO AGRESSÃO / SUICÍDIO**

POR

Arma de Fogo ☐

Enforcamento ☐

Drogas ☐

Queda de Nível ☐

Outro ☐

Ignorado ☐

Arma Branca ☐

Veneno ☐

Etilismo ☐

☐ **OUTROS TIPOS DE ACIDENTES**

Intoxicação Acidental ☐

Queda Acidental ☐

Afogamento ☐

Queimadura ☐

Outro ☐

Ignorado ☐

☐ **LOCAL DE OCORRÊNCIA**

Via Pública ☐

Domicílio ☐

Ambiente de Trabalho ☐

Escola ☐

Outro ☐

Ignorado ☐

**ATENDIMENTO**

Queixa Principal - Motivo

Acidente vítima de acidente automobilístico 10 - chaco,  
reperindo dor e região do dorso e direita.  
PR Med @

**Exame Físico**

PESO

TEMP.

PA

FR

FC

HGT

100x70

EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO

Marciana Feitosa da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PE 114840-7

CD:

- ① Raio-x do Torax em PA e perfil
- ② tenoxicam 1amp > EV 20/22  
aspirina 1amp

Ely  
comp. 23/2

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

Hora e Data da Alta

Médico - Assinatura - Carimbo

Faturamento - SIA - SUS

Proced.

Esp.

Idade

Assinatura do Paciente / Responsável



## Prefeitura Municipal de Tacaratu

Secretaria Municipal de Saúde  
UMEFG - Unidade Mista Edmir Ferraz Gominho  
SUS - Sistema Único de Saúde

### Receituário

210 DO UNF Dico

AO D. P. V. S. T.

Atesto para as devidas  
fins que a Sra. Rosângela  
Nunes da Silva, 36 anos,  
casada, está impossibilitada  
de exercer suas funções labora-  
tivas, limitadas em 70%, pela  
defeito na região lateral do  
pe. direito, pela limitação  
neuromotoras fundamentais e  
sem desvio anatômico e função.

27/11/19  
Data

Dr. Flavio Dantas de Menezes  
CREMEPE - 12000 - PSF  
Profissional  
Urgência

Rua da Aurora, S/N - Centro - 56.480-000 - Fones: (87) 3843-1121 / 3843-1109

rel. necessitando pelo  
trocena do acidente por queda  
de motocicleta e subseqüente  
a fratura do pé direito em  
27/04/2019, o Benefício de  
refinco Dajão, conforme  
C.T.D.: 10 : 592.3

27 NOV. 2019

*Almeida*  
Dr. Flávio Dantas de Almeida  
CREMEPE - 12609 PSF  
Urgência



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**Hospital Francisco Anselmo Ltda.**  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
**Hospital Francisco Anselmo Ltda.**

2 - CNES  
2 5 1 7 1 2 4

4 - CNES  
2 5 1 7 1 2 4

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

4 2 5 5 2 7 8

NOME ATENO

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 0 0 4 3 2 4 6 6 3 5 2 1

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Robson da Silva

10 - DATA DE NASCIMENTO  
05/05/83

11 - SEXO

MASC. ☒ FEM. ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Guilherme da Silva

DDD

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

João da Silva

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

João da Silva

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Transtorno do Pânico  
Limitado

20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

22 - CID. 10 PRINCIPAL

592.3

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25 - CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Transtorno do Pânico

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

050691

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

31 - N.º DO CUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

34 - ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Ebenilson Silva  
Propriedade / Psiquiatria  
CRM: 15.122  
CNPJ: 09.395.6-0112

28/04/19

Dr. Francisco Anselmo Magalhães  
CRM: 12.420.54  
CRM: 12.420.54

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

46 - COD. ORGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

48 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

261910748098-0

MOTIVO DA ALTA: melhorado

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Elitivo

DATA DA INTERNAÇÃO: 29/04/19



**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**Rua Vereador Silvino Cordelino, 384 - AAB - Serra Talhada - PE  
Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110  
CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: csf184@hotmail.com**CLÍNICA****CIRURGICA**

Atendimento: 29/04/2019

Prontuário: 00043882

Registro: 00092342

Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Data Nascimento: 05/03/1983

Idade: 36 Anos, 1 Mês

Sexo: FEMININO

Cor: PARDA

Estado Civil: CASADO(A)

Profissão: ACS

Naturalidade:

Nacionalidade:

Filiação: Pai: ANGELO ANTONIO DE INACIO

Mãe: GUIOMAR NUNES DA SILVA

Endereço: JOAQUIM MANOEL DA SILVA

Nº 313

Bairro: CENTRO

Cidade: ITACURUBA

Estado: PE

Telefone: 99664747

ELEMENTOS DA OCORRÊNCIA:

Acidentado Trânsito [ ]

Acidente de Trabalho [ ]

Outros Acidentes [ ]

Agressão [ ]

Suicídio [ ]

Casual [ ]

Outros [ ]

Nome do Acompanhante:

Telefone para Contato:

Endereço:

Local da Ocorrência:

**ANAMNESE E EXAMES FÍSICOS**TRAUMA NO PÉ APÓS QUEDA  
LIMITAÇÃO FUNCIONAL

Diagnóstico Inicial:

FRATURA NO PÉ

S.A.D.T

Diagnóstico Final

O MESMO

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorado [x]

Decisão Médica [x]

Inalterado [ ]

Alta a Pedido [ ]

Piorado [ ]

Transferência [ ]

Óbito+48h [ ]

Evasão [ ]

Óbito-48h [ ]

Indisciplina [ ]

Óbito em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

Data do Internamento: 29/04/2019

Data da Alta: 01/05/19

Dr. Ebenete Silva  
Ortopedia e Traumatologia

CRM - 122

CEM - 916-0112

Médico Responsável

RICÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIVO
- OI SIO METALICO 2,180

Nº do Procedimento:

Início:

Término:

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

Anestesista:

Dr. Elencio Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM 15.122  
CEM - Fone 9.9916-0112

Assinatura do Cirurgião



Correios

CARIMBO

Correios

SEDEX

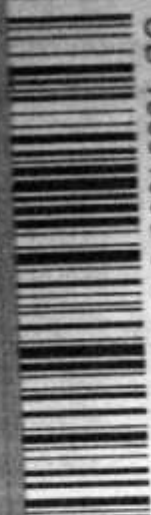
Peso 3,467 / AR MP

Receptor

Assinatura

Documento

OD 15394083 3 BR



FC081722

OD 153 940 833 BR

GRUPO DE PRE  
TENDIMENTO

DISTRITO

D 315

ORDEM 12.D

CPE 00873007 ESTACAO 107

Recebido por  
Documento

Baruana Pletty

DESTINATARIO / Recipient

TELEFONE / Phone number

ARM SECURITADORA S.A. - AV. CARA DE SINISTROS DPVAT



REMETENTE / Sender

TELEPHONE / Phone number

FRANCISCO DE ASSIS CAVALCANTE LIMA  
 AV. LANDULFO ALVES, Nº 116 – SALA 01  
 GALERIA PORTINARI - CENTRO  
 CEP: 48602-490 PAULO AFONSO/BA

UF / State

PAIS / Country



116600926

RECYCLAR MATERIAIS É PRESERVAR O MEIO AMBIENTE  
 "To recycle materials is to preserve the environment"



DEVOLUÇÃO /

- ☐ Mudou-se (Moved)  
☐ Recusado (Refused)  
☐ Desconhecido (Unk)  
☐ Não procurado (Np)  
☐ Ausente (Absent)

Tentativas de entrega

1\* \_ / \_ / \_ às \_ : \_  
 of \_

☐ Informação presa  
 Information provia

☐ Reintegrado ao :  
 Reinstated to posts

Data: \_ / \_ / \_ A: \_  
 Date



## Aviso de Sinistro DPVAT

Na forma do disposto na resolução Nº 01/75 do Conselho Nacional de Seguros Privados e Capitalização - CNSP levamos ao conhecimento desta Seguradora a ocorrência do acidente em questão, com o veículo descrito abaixo:

Nº. DO SINISTRO: \_\_\_\_\_

Marca: HONDA / BIZ 125 EX – PLACA / OYT 0059

Tipo ( ) Auto (X) Moto ( ) Ônibus ( ) Caminhão ( ) Veículo não identificado

Ano: 2014 / 2014

Data do acidente: 27/04/2019

Nome da Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Cobertura reclamada:

(X) Condutor ( ) Passageiro ( ) Pedestre ( ) DAMS ( ) Morte (X) Invalidez

Conforme item 10 da resolução supracitada segue os documentos abaixo assinalados e respectivos Aviso de Sinistro.

(X) Registro de Ocorrência Policial: Nº. 19E0279000448

( ) Laudo do IML

( ) DUT Nº

( ) Certidão de óbito

(X) RG/CNH da Vítima: Nº. 7255278 SDS/PE EMISSÃO 26/11/2002

( ) Procuração Pública / Particular

(X) CPF da Vítima: Nº. 059.790.674-26

( ) RG do Procurador:

(X) RG/CNH da Vítima /beneficiário(s): Nº. 7255278 SDS/PE EMISSÃO 26/11/2002

( ) CPF do Procurador:

(X) CPF do(s) Vítima /beneficiário(s) Nº. 059.790.674-26

( ) Comprovante de endereço do procurador:

( ) Certidão de Nascimento / casamento da Vítima

( ) Despesas médicas / hospitalares originais

Documentos comprobatórios da qualidade de beneficiários

( ) Declaração de herdeiros

( ) Prova de companheirismo (INSS, RF, CTPS)

( ) Declaração de Residência:

( ) Certidão de Casamento atualizada da vítima

( ) Comprovante de Residência (água, luz ou telefone);

( ) Autorização de Pagamento Preenchida

Observações:

Obs.: Para preenchimento do reclamante

Obs.: Para preenchimento da Seguradora

Local do Aviso

Data

Local

Data

PAULO AFONSO/BA, 12 / 12 / 2019

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_.

ROSANGELA NUNES DA SILVA

\_\_\_\_\_

Nome do Beneficiário

Procurador

Observações:

(1) Para cada vítima deverá ser emitido um aviso de sinistro.

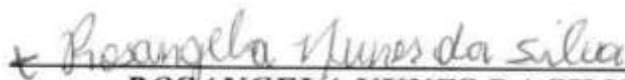
(2) Eventualmente poderão ser solicitados documentos complementares, objetivando evitarem-se liquidações dúbias, em prejuízo da Seguradora e/ou dos próprios beneficiários.

DECLARAÇÃO DE VERACIDADE

Eu, **ROSANGELA NUNES DA SILVA**, brasileiro (a), casado (a), agente de saúde, portador (a) do RG nº. 7255278 SDS/PE, CPF nº. 059.790.674-26, residente e domiciliado na Rua João Vicente de Lima, nº 100, Caraibeiras, no município de Tacaratu/PE, CEP: 56.480-000. Declaro para fins de direito e sob as penas da lei, a veracidade e fidelidade de todos os documentos e informações apresentados no âmbito do **PROCESSO DPVAT** do qual fui vítima de acidente de trânsito no dia **27/04/2019**, conforme registro no **B.O Nº. 19E0279000448** da **DELEGACIA DE POLICIA DA 189ª CIRCUNSCRIÇÃO** da cidade de **TACARATU/PE**.

**FICO CIENTE através desse documento que declarar fato que se sabe ser inverídico com a finalidade de fraudar ou causar dano a outrem é crime na forma da lei. Não tendo nada mais a acrescentar, e ciente das responsabilidades pelas declarações prestadas, firmo a presente.**

Tacaratu/PE, 12 / 12 / 2019.

  
**ROSANGELA NUNES DA SILVA**  
**DECLARANTE**

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200005194 **Cidade:** Tacaratu **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** ROSANGELA NUNES DA SILVA **Data do acidente:** 27/04/2019 **Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA DE PÉ DIREITO

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA LATERAL DE 5,5CM; EDEMA RESIDUAL (1+/4+); CLAUDICAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DE FRATURAS SEM DESVIOS SIGNIFICATIVOS

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU RESIDUAL DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 13/01/2020

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

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004680/20

**Vítima:** ROSANGELA NUNES DA SILVA

**CPF:** 059.790.674-26

**Seguradora:** ESSOR SEGUROS S.A.

**Data do acidente:** 27/04/2019

**Titular do CPF:** ROSANGELA NUNES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

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

**ROSANGELA NUNES DA SILVA : 059.790.674-26**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 06/01/2020  
Nome: ROSANGELA NUNES DA SILVA  
CPF: 059.790.674-26

ROSANGELA NUNES DA SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/01/2020  
Nome: Mariana Custodio Teixeira  
CPF: 004.878.610-19

Mariana Custodio Teixeira

# 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: 27/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

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

CLIENTE: ROSANGELA NUNES DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02702-2

CONTA: 000000008388-7

---

Nr. da Autenticação 941EB97812322E19



---

**Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200005194**

**Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

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

**Senhor(a), ROSANGELA NUNES 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, 08 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200005194**

**Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), ROSANGELA NUNES 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, 31 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200005194**

**Vítima: ROSANGELA NUNES DA SILVA**

**Data do Acidente: 27/04/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), ROSANGELA NUNES DA SILVA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00
Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%	
Graduação: Em grau residual 10%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 50%) 5,00%	
Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 =	R\$ 675,00

Recebedor: **ROSANGELA NUNES DA SILVA**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **001**

Agência: **000002702-2**

Conta: **000008388-7**

Tipo: **CONTA CORRENTE**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

059.790.674-26

4 - Nome completo da vítima:

ROSANGELA NUNES 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:

ROSANGELA NUNES DA SILVA

6 - CPF:

059.790.674-26

7 - Profissão:

RECUSO INFORMAR

8 - Endereço:

RUA JOÃO VICENTE DE LIMA

9 - Número:

100

10 - Complemento:

CASA

11 - Bairro:

CARAIBEIRAS

12 - Cidade:

TACARATU

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

56480-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

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

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA:

(Informar o dígito se existir)

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: 2702

2

CONTA: 8388

7

(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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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.

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ 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 (vai nascer)?

☐ 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 pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, TACARATU/PE, 12.12.2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

# DECLARAÇÃO

À  
SEGURADORA LÍDER

EU, ROSANGELA NUNES DA SILVA, PORTADOR DO

CPF: 059.790.674-26, INFORMO ATRAVÉS DESTA QUE A CONTA ABAIXO, EM MEU  
NOME ENCONTRA-SE ATIVA, DESBLOQUEADA E SEM LIMITE PARA MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA.

BANCO: 001

AGÊNCIA: 2702-2

CONTA: 8388-7

FAVORECIDO: ROSANGELA NUNES DA SILVA

TACARATU/PE, 12 / 12 / 2019.

Rosângela Nunes da Silva  
BENEFICIÁRIO (A)



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200005194  
Nome do(a) Examinado(a): Rosangela Nunes da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Joao Vicente de Lima, 100 Casa  
Caraibeiras Tacaratu PE CEP: 56480-000  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PE ] 7255278  
Data local do acidente: [ 27/04/2019 ]  
Data local do exame: [ 13/01/2020 ] Paulo Afonso [ BA ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

**FRATURA DE PÉ DIREITO**

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

**Tratamento: OSTEOSÍNTESE COM FIOS DE KIRSHNER**

**Complicações: SEM COMPLICAÇÕES**

**Data da Alta: 27/07/2019**

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

**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA LATERAL DE 5,5CM; EDEMA RESIDUAL (1+/4+); CLAUDICAÇÃO**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

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

(X) Sim ( ) Não

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

**LIMITAÇÃO FUNCIONAL RESIDUAL DO PÉ DIREITO.**

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).

( ) "Vítima em tratamento"

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)

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

Região Corporal (Sequela):

**PÉ - Lado Direito**

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):


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

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

  
**Dr. Emanuel de Barros e Silva**  
CPF - 025.757.634-79  
CRM/BA - 18229

