



**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO  
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 189ª CIRCUNSCRIÇÃO - TACARATU - DP189ªCIR  
DINTER2/22ºDESEC**

**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: **GUIMAR NUNES DA SI LVA** 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: **JOJSÉ 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)

*José 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: 4 - Nome completo da vítima:  
**059.790.674-26** **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: <b>ROSANGELA NUNES DA SILVA</b>	6 - CPF: <b>059.790.674-26</b>		
7 - Profissão: <b>RECUSO INFORMAR</b>	8 - Endereço: <b>RUA JOÃO VICENTE DE LIMA</b>	9 - Número: <b>100</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>CARAIBEIRAS</b>	12 - Cidade: <b>TACARATU</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>56480-000</b>
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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> 2702	CONTA: <input type="text"/> 8388	7	(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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deuou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

Iniciativa  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
para assinatura

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Recife PE, 12.12.2019*

*Rosangela Nunes da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



# PREFEITURA MUNICIPAL DE TACARATU

Secretaria Municipal de Saúde  
UNIDADE MISTA EDMIR FERRAZ GOMINHO

## SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

CNPJ: 09.185.937/0001-57  
FONE: (87) 3843-1466

SUS - +08 0043 9466 3521

PRONTUÁRIO:

DATA:

HORA:

NOME:

DATA NASCIMENTO:

SEXO:

IDADE:

FONE:

FILIAÇÃO:

ENDEREÇO:

### 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

paciente vítima de acidente automobilístico te - dia, referindo dor na região do dorso e direita.

PT Medo

### Exame Físico

PESO

TEMP.

PA

FR

FC

HGT

100x70

**EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO**

Marciana Feitosa da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PE 114640-7

CD:

- ① Raio-X do Tórax em PA e perfil  
② tonometro tono > EV 50/52  
Impressa Tonos

dy  
y cia

**Diagnóstico Inicial**

**Diagnóstico Definitivo**

**Hora e Data da Alta**

**Médico - Assinatura - Carimbo**

**Faturamento - SIA - SUS**

Proced.

Esp.

Idade

## 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:*

<i>Logradouro (Rua/Avenida/Praça)</i>	<b>RUA JOÃO VICENTE DE LIMA</b>
<i>Número</i>	<b>100</b>
<i>Apto / Complemento</i>	<b>CASA</b>
<i>Bairro</i>	<b>CARAI/BEIRAS</b>
<i>Cidade</i>	<b>TACARATU</b>
<i>Estado</i>	<b>PE</b>
<i>CEP</i>	<b>56480-000</b>
<i>Telefone de Contato</i>	<b>(75) 9 8836-1283 / 9 9140-7110 / 3281-4455</b>
<i>E-mail</i>	<b>jailtoncs2000@yahoo.com.br</b>

*Por ser verdade, firmo-me.*

*Tacaratu/PE, 13/10/2019.*

*Assinatura do Declarante: Rosângela Nunes da Silva*



AVENIDA CRUZ CABUGA - NUM. 1387 - SANTO AMARO RECIFE PE  
 CRP: 50949-000. Fone: (81) 0800 081 0195  
 Inscrição Estadual: 18.1.001.0014398-2  
 CNPJ: 09.769.035/0001-64  
 Qualidade da Água: www.compresa.com.br

Nº Documento: 20191050867447

Escritório: CARAÍBEIRAS

FATURA MENSAL DE ÁGUA E ESGOTO

DADOS DO CLIENTE  
 CLÉMISTON JOSÉ DA SILVA  
 R. JONI VICENTE DE LIMA, COMPESA 00100 - CARAÍBEIRAS TACARATU PE 56480-000  
**INSCRIÇÃO:** 319.820.400.0015.700

INSCRIÇÃO:

05086744.7

10/2019-7

GRUPO: 14

OPÇÃO DÉB. AUTOMÁTICO: 05086744.7

RESUMO FISCAL: RESUMO PARA FISCAL

ESTRATÉGIA ATIVA LIGADO	ESTRATÉGIA PASSIVA POTENCIAL	RESIDENCIAL 1	COMERCIAL COMERCIAL	INDUSTRIAL	30KCIOS
RESUMO FISCAL: A110102186	DATA LEIT. ANTERIOR: 08/10/2019	DATA LEIT. ATUAL: 08/11/2019	DATA LEIT. ATUAL: 08/11/2019	VOLUME DE CONSUMO (L/D)	REAL /
ÁGUA	CONSUMO: 16	ESGOTO	LEIT. ANT.: LEIT. ATUAL: LEIT. FAT.:	VOLUME: 0	
LEIT. ANT.: 990 LEIT. ATUAL: 1806 LEIT. FAT.: 1806					
HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA/CONSUMO		PARÂMETROS	EXIG. PELA PORT. MS 2.914/11	NÚMEROS DE AMOSTRAS	ATENDEM A LEGISLAÇÃO
09/2019 15/ 06/2019 15/ 07/2019 12/ 06/2019 10/ 05/2019 10/ 04/2019 14/ MÉDIA 12/ 8		TURBIDEZ COR APARENTE CLORO RESIDUAL COLIFORMES TOTAIS E.Coli	19 19 19 19 19	ANALISES REALIZADAS 20 20 20 20 20	20 20 20 20 20
OBSERVAÇÕES: (1)COLIFORMES TOTAIS AUDIÊNCIA EM 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS. (2)OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA. (3)OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA.					

DESCRIPÇÃO DOS SERVIÇOS E TARIFAS

ÁGUA

RESIDENCIAL 001 UNIDADE

ATE 10 M3 - R\$ 44,08 (POR UNIDADE)  
 11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3

MULTA P/IMPONTUALIDADE 09/2019

CONSUMO POR FAIXA

VALOR R\$

10 M3	44,08
6 M3	30,30
	3,38

VENCIMENTO: 20/11/2019

TOTAL A PAGAR: 75,76

IDENTIFICAMOS A EXISTÊNCIA DE 1 FATURA(S) PENDENTES, NO TOTAL DE R\$ 76,72. REGULARIZE SEU DEBITO E EVITE A NEGA-TIVACAO E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

Emitido por: INTERNET

Emitido em: 02/12/2019



compesa

ATENDIMENTO: 0800-0810195  
 VAZAMENTOS: 0800-0810185

Arpe

Agência de Regulação  
 do Pernambuco

0800-2813844

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 SAS/PE, 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-GRAICEIRAS, nº 770,

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

menzionado 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: HONDA/BIZ 125 EX Ano: 2014/2014

Placa: OVT 0059 Chassi: 9C2JJC4830ER039034

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, Procurador, Registrador Civil, Poder Judiciário, Tribunais e Documentos  
Av. Conselheiro Frederico, s/nº | Centro | Tacaratu | PE - Fone/Fax: (87) 3843-1627  
Mário José, Camilo, We Lima - Advogados Associados

Reconheço por Autenticidade a firma de LUCAS DA SILVA NUNES em  
04/12/2019. Dou fé Em test: Maria Goretti Nunes é verdade. Escrivane Autorizada:  
MARIA GORETTI NUNES Maria Goretti Nunes Emol: R\$ 3,39, TSNR: R\$ 0,80,  
FERM: R\$ 0,04, FUNSEG: R\$ 0,08, FERC: R\$ 0,40, ISS R\$ 0,20. Consulte  
autenticidade em [www.tjepe.jus.br/eodigital](http://www.tjepe.jus.br/eodigital)

Selo: 0077198 DRB11201901.00146





# PREFEITURA MUNICIPAL DE TACARATU

Secretaria Municipal de Saúde  
UNIDADE MISTA EDMIR FERRAZ GOMINHO

## SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS - +08 0043 94663521

PRONTUÁRIO:

DATA:

HORA:

NOME:

DATA NASCIMENTO:

SEXO:

IDADE:

FONE:

FILIAÇÃO:

ENDEREÇO:

### 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

paciente vítima de acidente automobilístico te - dia, referindo dor na região do dorso e direita.

PT Medo

### Exame Físico

PESO

TEMP.

PA

FR

FC

HGT

100x70

**EVOLUÇÃO - PRESCRIÇÃO - CONSULTAS - EXAMES - PROCEDIMENTO**

Marciana Feitosa da Silva  
Téc. de Enfermagem  
COREN-PE 114640-7

CD:

- ① Raio-X do Tórax em PA e perfil  
② tonometro tono > EV 50/52  
Impressa Tonos

dy  
y cia

**Diagnóstico Inicial**

**Diagnóstico Definitivo**

**Hora e Data da Alta**

**Médico - Assinatura - Carimbo**

**Faturamento - SIA - SUS**

Proced.

Esp.

Idade



### Receituário

21000 anôdio

Ao Dr. P. V. S. T.

Este para os clínicos  
que a Sra Rosangela  
Nunes da Silveira, 36 anos,  
casada, este impossível teste  
de sacar suas funções labora-  
tivas, limitadas em 70%, pelo  
déficit na região lateral do  
pé direito, pelo limitado  
neuromotor fundamental e  
em dessas anatomicas e funcio-

27/11/19  
Data

Dr Flávio Dantas de Oliveira →  
CRMESP 123456789  
Profissional  
Urgente

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

rel. mostrando lesões  
trauma de aventure por quebra  
de osteocôndilo e sub-agunoite  
e fratura abrindo ósso em  
27/04/2019, o beneficiário é  
refinado Dafico, conferir no

CT-D:10 : 592.3

27 NOV. 2019

*Alessandro*  
Dr. Alessandro  
CREMEPE - 12600 PSC  
Urgente

SUS  
Sistema Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

Secretaria  
de Saúde  
Pernambuco



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

2 - CNES

2517124

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Francisco Anselmo Ltda.

4 - CNES

2517124

Identificação do Paciente

NÚMERO DO DOCUMENTO

4255278

NOME ATEND.

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

680043246163521

6 - SIS PRENATAL

7 - SENHA / REGULAÇÃO

8 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - NOME DO PACIENTE

Rosangela Nunes da Silva

10 - DATA DE NASCIMENTO

05/03/83

11 - SEXO

Masc.  1 F  2

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Guilherme Nunes da Silva

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - ENDEREÇO (RUA N° BAIRRO)

Leopoldina Manoel da Silva

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Itacuruba

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17-UF

18 - CEP

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Tumor no pé Ano 2  
Linfocitos fag

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

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

22 - CID. 10 PRINCIPAL

fract no pé .

592.3

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDARIO

24 - CID. 10 SECUNDÁRIO

25-CID. 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - CODIGO DO PROCEDIMENTO

260108.050691

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30-DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

32-ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Ebenone Silveira  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM: 15.122  
CRF: 00000000012

33-DATA DA SOLICITAÇÃO

34-ASSINATURA E CARIMBO (DIRETOR MÉDICO)

Dr. Francisco Anselmo Magalhães  
CRM: 12.422-04  
CRF: 3342

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

35 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

38 - CNP / DA SEGURADORA

39 - N.º DO BILHETE

40 - SÉRIE

36 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - ( ) ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

AUTORIZAÇÃO

46 - CID. ORGÃO EMISSOR

51-N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

261910748098-0

MOTIVO DA ALTA: melhoraada.

CARÁTER DA INTERNAÇÃO: Eletrivo.

DATA DA INTERNAÇÃO: 29/04/19

47 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

( ) CNS

( ) CPF

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

José I. J. P. M. Autorizador

CRM: 12.422-04

CRF: 3342

CPA: 000000000000

ITAL  
FRANCISCO**HOSPITAL FRANCISCO ANSELMO LTDA**

Rua Vereador Silvino Cordeiro, 384 - ABBB - Serra Talhada - PE  
 Fone/Fax: (87) 3831.3736 / 3831.2142 - CEP: 56.912-110  
 CNPJ: 41.095.563/0001-98 email: cs184@hotmail.com

**CLÍNICA****CIRURGICA**

Atendimento: 29/04/2019 Prontuario: 00043882 Registro: 00092342 Convênio: SUS INTERNACAO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: ROSANGELA NUNES DA SILVA

Data Nascimento: 05/03/1963	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:

Acidente de Trânsito [ ] Acidente de Trabalho [ ] Outros Acidentes [ ] Agressão [ ]  
 Suicídio [ ] Casual [ ] Outros [ ]

Nome do Acompanhante: \_\_\_\_\_ Telefone para Contato: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Local da Ocorrência: \_\_\_\_\_

**ANAMISE E EXAMES FÍSICOS**

*TRAUMA NO PÉ APÓS QUEDA  
 LIMITAÇÃO FUNCIONAL*

Diagnóstico Inicial:

*FRATURA NO PÉ.*

S.A.D.T

Diagnóstico Final

*O NEXO*

Data do Atendimento: Data do Atendimento:

Melhorada Decisão Médica 

Data do Internamento: 29/04/2019

Inalterado Alta a Pedido 

Data da Alta: 01/05/9

Piorado Transferência 

Dr. Eberone Silva

Óbito+48h Evasão 

Ortopedia e Traumatologia

Óbito-48h Indisciplina 

122

Óbito em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

CCM - 016-0112

Médico Responsável

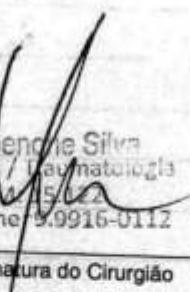
Nº do Procedimento:

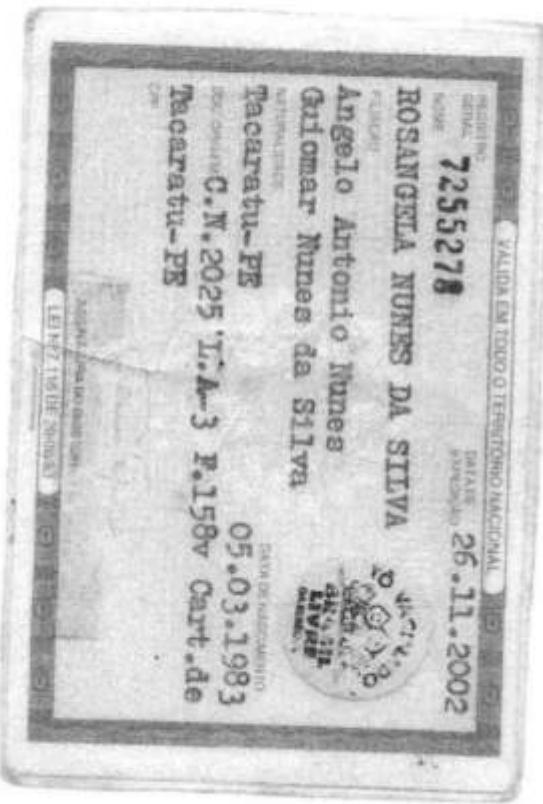
Início:	Término:	
1º Auxiliar:	2º Auxiliar:	Anestesista:

ERICAÇÃO CIRURGICA

- ANESTESIA
- ASSEPSIA
- SUTURA
- CURATIVO
- 01 FIO METALICO 2,150

Dr. Elenone Silva  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - 15.555  
CEM - Fone: 3.9916-0112

  
Assinatura do Cirurgião



The image shows a white card with official government branding. In the top left is the logo of the Brazilian Federal Revenue (Receita Federal), featuring a stylized bird-like emblem above the words "Receita Federal". To the right is the seal of the Ministry of Finance (Ministério da Fazenda). The center of the card contains text in Portuguese: "MINISTÉRIO DA FAZENDA", "Receita Federal", "Cadastro de Pessoas Físicas", "COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO", "Número: 059.790.674-26", "Nome: ROSANGELA NUNES DA SILVA", and "Nascimento: 05/03/1983". At the bottom, it says "VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO".

<b>compesa</b>		CNPJ 09.769.035/0001-64 INSC.EST. Nº 18.1.001.0014398-2		
ESTADO: PARANÁ - MUNICÍPIO: JATOBÁ DO PIAUÍ - CEP: 56470-000				
<b>DADOS DO CLIENTE</b>		MATRÍCULA: 10007312 - MAR/2019		
CERT. FONTE: RUA R. JOÃO VIEIRAS DE SOUZA, 1000 - Bairro: JATOBÁ DO PIAUÍ - CEP: 56480-000		INSCRIÇÃO FED. 001.000.000-0000 - NÚMERO DE LEITE AUTOMÁTICO: 451667447		
<b>SITUAÇÃO ÁGUA</b>	<b>SITUAÇÃO ESGOTO</b>	<b>RESIDENCIAL</b>	<b>QUANTIDADE DE ECONOMIAS</b>	<b>PÚBLICA</b>
HIDRÔMETRO ATUALIZADO	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	TIPO DE CONSUMO (ARE)	MÉDIA HD
<b>ÁGUA:</b>				
LEIT. ANT: 963	LEIT. ANTERIOR:	LEIT. ATUAL:		
LEIT. ATU:	LEIT. ANTERIOR:	LEIT. ATUAL:		
LEIT. FAT: 914				

**relos**

CARRILLO

Correios

**SEDEX**

PESO 3,467

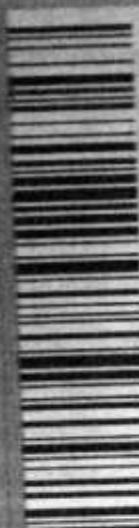
kg

Reembolso

■ AR ■ MP

Assinatura

OD 15394083 3 BR



F109112

Documentos

OD 161940 033 00

BANCO DE P.R.

DIRECCION

**D 315**

ORDEN 12, D

OPC. MATERIALES DE OFICINA

00600-00000-000

Entregado por:

*Adriana Plenty*

Documento

ESTIMATIVO / ESTIMACION

TELÉFONO / Phone number:

**MARM SISTEMAS S.A. - A/C ÁREA DE SINISTROS DPVAT**

REMETENTE / Sender

TELEFONE / Phone number  
\_\_\_\_\_

DEVOLUÇÃO /

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mudou-se (Moved)           | <input type="checkbox"/> Recusado (Refused)               |
| <input type="checkbox"/> Desconhecido (Un<br>known) | <input type="checkbox"/> Não procurado (N<br>ot Searched) |
| <input type="checkbox"/> Ausente (Absent)           |   |

Tentativas de entrega

1º \_\_\_\_\_ 2º \_\_\_\_\_ 3º \_\_\_\_\_  
as \_\_\_\_\_ at \_\_\_\_\_

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Informação pres<br>ervation provia | <input type="checkbox"/> Reintegrado ao : |
| <input type="checkbox"/> Reinstated to posti<br>on          |   |

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

FRANCISCO DE ASSIS CAVALCANTE LIMA  
AV. LANDULFO ALVES, N° 116 – SALA 01  
GALERIA PORTINARI - CENTRO  
CEP: 48602-490                    PAULO AFONSO/BA

UF / State      País / Country  
\_\_\_\_\_



116600926



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 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 IMI

( ) DUT Nº ( ) Certidão de óbito

(X) RG/CNH da Vitima: Nº. 7255278 SDS/PE EMISSÃO 26/11/2002 ( ) Procuração Pública / Particular

(X) CPF da Vitima: Nº. 059.790.674-26 ( ) RG do Procurador:

(X) RG/CNH da Vitima /beneficiário(s): Nº. 7255278 SDS/PE EMISSÃO 26/11/2002 ( ) CPF do Procurador:

(X) CPF do(s) Vitima /beneficiário(s) Nº. 059.790.674-26 ( ) Comprovante de endereço do procurador:

( ) Certidão de Nascimento / casamento da Vitima ( ) 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 dúbia, 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 CIRCUSCRICÃO** 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  
**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** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA LATERAL DE 5,5CM; EDEMA RESIDUAL (1+/4+);  
**físico:** CLAUDICAÇÃO

**Resultados terapêuticos:** HOUVE CONSOLIDAÇÃO DE FRATUAS 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
		<b>Total</b>	<b>5 %</b>	<b>R\$ 675,00</b>

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0004680/20

**Vítima:** ROSANGELA NUNES DA SILVA

**CPF:** 059.790.674-26

**CPF de:** Próprio

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

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

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

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de registro de acidente declarado  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médica-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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

\_\_\_\_\_  
ROSANGELA NUNES DA SILVA

\_\_\_\_\_  
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: 00000008388-7

---

Nr. da Autenticação 941EB97812322E19

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 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, retorno 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: 4 - Nome completo da vítima:  
**059.790.674-26** **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: <b>ROSANGELA NUNES DA SILVA</b>	6 - CPF: <b>059.790.674-26</b>		
7 - Profissão: <b>RECUSO INFORMAR</b>	8 - Endereço: <b>RUA JOÃO VICENTE DE LIMA</b>	9 - Número: <b>100</b>	10 - Complemento: <b>CASA</b>
11 - Bairro: <b>CARAIBEIRAS</b>	12 - Cidade: <b>TACARATU</b>	13 - Estado: <b>PE</b>	14 - CEP: <b>56480-000</b>
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:	<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
	<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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: <input type="text"/>	CONTA: <input type="text"/>	(Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: <input type="text"/> 2702	CONTA: <input type="text"/> 8388	7 (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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deu ou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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

Iniciativa  
digital da  
vítima ou  
beneficiário  
para assinatura

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 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_

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

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, *Recife PE, 12.12.2019*

*Rosangela Nunes da Silva*

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS 001 V002/2019

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

Rosangela Nunes da Silva  
BENEFICIÁRIO (A)

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

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

Número do Sinistro: 3200005194  
Nome do(a) Examinado(a): Rosangela Nunes da Silva  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua João Vicente de Lima, 100 Casa  
Carabeiras 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: OSTEOSÍTESE 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 causalidade: 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.

  
Dr. Emanuel de Barros e Silva  
CRM/BA - 18229

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