

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200447527 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA **Data do acidente:** 24/06/2020 **Seguradora:** AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/01/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMORRAGIA SUBARACNOIDE E FRATURA OCCIPITAL.
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.
FRATURA DO 3º AO 5º METATARSOS DO PÉ DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER NO PÉ), TRATAMENTO CONSERVADOR PARA AS
DEMAIS LESÕES - VÍTIMA EM TRATAMENTO. (P3 P19 P20)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: VÍTIMA AVALIADA POR ANÁLISE MÉDICO PRESENCIAL EM 06/11/2020 COM RECOMENDAÇÃO DE RETORNO PARA
90 DIAS, CONCLUINDO-SE POR VÍTIMA EM TRATAMENTO.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 07 de Janeiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200447527

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Data do Acidente: 24/06/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ROBERTO SOARES DE AMORIM

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

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.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16466376



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: 072548184-60 3 - CPF da vítima: 072548184-60 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS 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: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA 6 - CPF: 072548184-60
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua NOUG 9 - Número: 201 10 - Complemento:
11 - Bairro: TERRAS DO SOL 12 - Cidade: PELOTEIUM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.300-000
15 - E-mail: roberto@robinson-legal.com.br 16 - Tel.(DDD): (31) 98344-2539

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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

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: _____

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 072548184-60 3 - CPF da vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA 6 - CPF: 072548184-60
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua NOUE 9 - Número: 201 10 - Complemento:
11 - Bairro: TERRAS DO SOL 12 - Cidade: PELOPÓLIS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.300-000
15 - E-mail: robertoconcin-petidinac@hotmail.com 16 - Tel.(DDD): (34)98344-2539

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

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

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

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☒ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 1478 ☐ CONTA: 82128 ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: ☐ ☐ CONTA: ☐ ☐
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que 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 Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ 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 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 Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

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: 072548184-60 3 - CPF da vítima: 072548184-60 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS 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: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA 6 - CPF: 072548184-60
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua NOUG 9 - Número: 201 10 - Complemento:
11 - Bairro: TERRAS DO SOL 12 - Cidade: PELOTEIUM 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.300-000
15 - E-mail: roberto@robinson-legal.com.br 16 - Tel.(DDD): (31) 98344-2539

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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

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: _____

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0304002021**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/08/2020** às **15:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/6/2020** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO TERRADO SUL** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

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

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA GONÇALVES MARTINS** Pai: **FRANCISCO MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **18/4/1980** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 201, RUA 09, N 201 TERRA DO SUL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CICLOMOTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

Descrição: **CICLOMOTOR DITALLY BASHAN JOY PLUS**

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

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

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA SEU CICLOMOTOR PELA MÃO DIREITA DA AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO TERRA DO SUL SENTIDO O BAIRRO JOSE E MARIA, QUANDO COLIDIU DE FRENTE COM UMA MOTOCICLETA QUE SEGUIA EM SENTIDO CONTRÁRIO (BAIRRO JOSE E MARIA A BAIRRO TERRA DO SUL). QUE NA COLISÃO A VÍTIMA CAIU E SOFREU LESÕES PELO CORPO, TENDO FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO E FRATURA NA CLAVICULA DIREITA. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, ONDE DEU ENTRADA CONFORME PRONTUÁRIO 51646594. QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA NÃO FICOU NO LOCAL E NÃO FOI IDENTIFICADO. SEM MAIS, ENCERRO ESTE.

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

Francisco de Assis Martins da Silva
FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: *Islanio Ribeiro da Silva* - Matrícula: **296817-7**

3866-6582 IMC



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 214ª CIRCUNSCRIÇÃO - PETROLINA - DP214ªCIRC
DINTER2/26ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **20E0304002021**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **28/08/2020** às **15:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **24/6/2020** às **02:00**

Fato ocorrido no endereço: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 1, AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO TERRADO SUL** - Bairro: **ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

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

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA GONÇALVES MARTINS** Pai: **FRANCISCO MARTINS DA SILVA** Data de Nascimento: **18/4/1980** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Endereço Residencial: **ZONA RURAL DE PETROLINA, 201, RUA 09, N 201 TERRA DO SUL - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - PETROLINA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

CICLOMOTOR (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **CICLOMOTOR/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Ano Fabricação/Modelo: **2011/2012**

Descrição: **CICLOMOTOR DITALLY BASHAN JOY PLUS**

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

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

Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

A VÍTIMA RELATA QUE CONDUZIA SEU CICLOMOTOR PELA MÃO DIREITA DA AVENIDA PRINCIPAL DO BAIRRO TERRA DO SUL SENTIDO O BAIRRO JOSE E MARIA, QUANDO COLIDIU DE FRENTE COM UMA MOTOCICLETA QUE SEGUIA EM SENTIDO CONTRÁRIO (BAIRRO JOSE E MARIA A BAIRRO TERRA DO SUL). QUE NA COLISÃO A VÍTIMA CAIU E SOFREU LESÕES PELO CORPO, TENDO FRATURA EXPOSTA NO PÉ DIREITO E FRATURA NA CLAVICULA DIREITA. QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, ONDE DEU ENTRADA CONFORME PRONTUÁRIO 51646594. QUE O CONDUTOR DA OUTRA MOTOCICLETA NÃO FICOU NO LOCAL E NÃO FOI IDENTIFICADO. SEM MAIS, ENCERRO ESTE.

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

Francisco de Assis Martins da Silva
FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ISLANIO RIBEIRO DA SILVA** - Matrícula: **296817-7**

3866-6582 IMC

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: 072548184-60 3 - CPF da vítima: 072548184-60 4 - Nome completo da vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS 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: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA 6 - CPF: 072548184-60
7 - Profissão: Recuso 8 - Endereço: Rua NOUG 9 - Número: 201 10 - Complemento:
11 - Bairro: TERRAS DO SOL 12 - Cidade: PELOPÓLIS 13 - Estado: PE 14 - CEP: 56.300-000
15 - E-mail: roberto@robinson-legal.com.br 16 - Tel.(DDD): (31) 98344-2539

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: AGÊNCIA: CONTA:
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (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) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (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

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: _____

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



PETROLINA



**SAMU
192**

Cristiane Nunes

Diretora Geral do SAMU

CERTIDÃO Nº107/2020

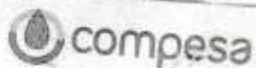
Certificamos para os devidos fins que no dia 24 de Junho de 2020 às 01:h:40 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a Francisco de Assis Martins da Silva vítima de acidente Motociclista moto x moto (colisão) na Av. Principal, Terra do Sul em Petrolina PE Conforme ocorrência de Nº 7622/2020, Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ficando aos cuidados da Enfermeira Adriana.

Petrolina-PE, 28 de Agosto de 2020.


Debora Veloso
Assist. Administrativo
Petrolina-PE

Debora Raquel Veloso

Resp. Estatística - SAMU



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ATENDIMENTO: AVENIDA GIARARAPÉ
Nº 100201 - TERRA DO SOL PETROLINA PE 56302-000

RUA: 01934 LOTAÇÃO: 01

DADOS DO CLIENTE

ELIZABETH DA SILVA MARTINS MATRÍCULA: 108206963 Jun/2020
R NOVE, N. 00201 - TERRA DO SOL PETROLINA PE 56302-000

INSCRIÇÃO: 111 845 196 0000 290 GRUPO: 13 DEB ATIVIDADE: 036/31.00-5

| SITUAÇÃO AGUA LIGADO | SITUAÇÃO ESGOTO POTENCIAL | RESIDENCIAL | QUANTIDADE DE ECONOMIAS | POBUEA |
|----------------------|---------------------------|------------------|-------------------------|--------|
| | | 1 | | |
| HRÓMETRO | DATA LEIT. ANTERIOR | DATA LEIT. ATUAL | TIPO DE CONSUMO (A/E) | |
| Y18K06918 | 06/06/2020 | 07/07/2020 | REAL | |

AGUA:

LEIT ANT: 609 CONSUMO: 28
LEIT ATU: 637
LEIT FAT: 637

HISTORICO DE CONSUMO

REFERENCIA CONSUMO

05/2020 31
04/2020 38
03/2020 31
02/2020 33
01/2020 33
12/2019 36
MEDIA: 34

| PARAMETROS | NUMERO DE AMOSTRAS | | |
|----------------|-------------------------|----------------|-----------------|
| | EXIG. PORT. MS 2.914/11 | ANALISE REALIZ | ATENDEN A LEGIS |
| TURBIDEZ | 98 | 98 | 98 |
| COR APARENTE | 98 | 98 | 98 |
| CLORO RESIDUAL | 98 | 98 | 98 |
| COLIF. TOTAIS | 98 | 98 | 97 |
| E. COLI | 98 | 98 | 98 |

Qualidade de Agua: www.compesa.com.br

Obs.: (1) COLIFORMES TOTAIS: AUSÊNCIA DE BACTÉRIAS 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.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

ATE 10 M3 - 44,08 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 5,05 POR M3
21 M3 A 30 M3 - R\$ 6,01 POR M3

| | CONSUMO | TOTAL (R\$) |
|-------|---------|-------------|
| 10 M3 | | 44,08 |
| 10 M3 | | 50,50 |
| 8 M3 | | 48,08 |

| TRIBUTOS | BASE DE CÁLCULO | PERCENTUAL | VALOR DO IMPORTE |
|----------|-----------------|------------|------------------|
| PIS | 142,66 | 1,65 | 2,35 |
| COPINS | 142,66 | 7,60 | 10,84 |

VENCIMENTO: 20/07/2020

TOTAL A PAGAR: 142,66

MENSAGEM:

PERNANDEIRO SOLIDARIO E COMPESA CONTRA O CORONAVIRUS
DE SEU EXEMPLO DE SOLIDARIEDADE E AÍM QUEM MAIS PRECISA
WWW.PESOLIDARIO.COM.BR/ACA0



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08 | Ins. Est. 0009943-83 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ALMERINDA SOARES AMORIM

CNPJ: 70.207.386/0001-92
Inscrição Estadual: 019529783

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

MARIA AUXILIADORA PETROLINA
PETROLINA PE
56300-000

CLASSIFICAÇÃO

B3 COMERCIAL
COMERCIAL
Tínaco

| Nº DA NOTA FISCAL | SERIE | EMISSÃO |
|-------------------|-------|------------|
| 111388580 | UNICA | 06/06/2020 |

| APRESENTAÇÃO | Nº DO CLIENTE | Nº DE REGISTRAÇÃO |
|--------------|---------------|-------------------|
| 06/06/2020 | 2002540725 | 2522257 |

| CONTA CONTRATADA | MÊS ANO |
|---------------------|-----------------------------|
| 1145213041 | 06/2020 |
| DATA DE VENCIMENTO | DATA DE VENCIMENTO PROPOSTA |
| 15/06/2020 | 07/07/2020 |
| TOTAL A PAGAR (R\$) | 196,80 |

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|--|--------------|-------------|---------------|
| Consumo Ativo (kWh)-TUSD | 184,00000000 | 0,43901509 | 70,35 |
| Consumo Ativo (kWh)-TE | 184,00000000 | 0,36081956 | 66,17 |
| Contrib. Ium. Pública Municipal | | | 18,12 |
| ICMS Subvenção-CDE-NF 103420431-07/04/20 | | | 0,85 |
| Religação de Unidade Consumidora | | | 34,08 |
| Multa por atraso-NF 103420431 - 07/04/20 | | | 2,94 |
| Multa por atraso-NF 099406440 - 07/03/20 | | | 2,41 |
| Multa por atraso-NF 107344058 - 08/05/20 | | | 2,38 |
| Juros por atraso-NF 107344058 - 08/05/20 | | | 0,15 |
| Juros por atraso-NF 103420431 - 07/04/20 | | | 1,18 |
| Juros por atraso-NF 099406440 - 07/03/20 | | | 2,65 |
| Atualização IGPM-NF 107344058 - 08/05/20 | | | 0,09 |
| Atualização IGPM-NF 103420431 - 07/04/20 | | | 0,80 |
| Atualização IGPM-NF 099406440 - 07/03/20 | | | 2,35 |
| TOTAL DA FATURA | | | 196,80 |

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA | ANTERIOR | LEITURA | DATA | ATUAL | LEITURA | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (kWh) |
|---------------|----------------|------------|----------|---------|------------|--------|---------|------------|-----------|--------|---------------|
| 8183275127 | CAT | 06/06/2020 | 189,00 | 352,00 | 06/06/2020 | 352,00 | 36 | 1,0000 | | | 184,00 |

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

| HISTÓRICO DE CONSUMO | INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS | COMPOSIÇÃO DO CONSUMO |
|----------------------|-------------------------|---------------------------------------|
| JUN 20 184 | BASE DE CÁLCULO | Delegação de Energia R\$ 60,75 31,40% |
| MAR 20 181 | % | Transmissão R\$ 4,74 2,88% |
| ABR 20 136 | ICMS 129,52 25,00 | Distribuição (Celpe) R\$ 39,77 20,21% |
| MAR 20 182 | PIS 139,62 0,97 | Perdas de Energia R\$ 8,00 4,08% |
| FEV 20 180 | COFINS 129,52 4,45 | Encargos Setoriais R\$ 6,77 3,44% |
| JAN 20 178 | | Tributos R\$ 18,43 9,40% |
| DEZ 19 179 | | Total R\$ 178,52 100% |

| TARIFAS APLICADAS |
|-------------------------------------|
| Consumo Ativo (kWh)-TUSD 0,43901509 |
| Consumo Ativo (kWh)-TE 0,36081956 |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES |
|---|
| Para obter o valor do preço de venda da energia elétrica, consulte o site da CELPE em: www.celpe.com.br . Para obter o valor do preço de venda da energia elétrica, consulte o site da CELPE em: www.celpe.com.br . Para obter o valor do preço de venda da energia elétrica, consulte o site da CELPE em: www.celpe.com.br . |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES |
|---|
| Para obter o valor do preço de venda da energia elétrica, consulte o site da CELPE em: www.celpe.com.br . Para obter o valor do preço de venda da energia elétrica, consulte o site da CELPE em: www.celpe.com.br . Para obter o valor do preço de venda da energia elétrica, consulte o site da CELPE em: www.celpe.com.br . |

| INFORMAÇÕES IMPORTANTES |
|---|
| Para obter o valor do preço de venda da energia elétrica, consulte o site da CELPE em: www.celpe.com.br . Para obter o valor do preço de venda da energia elétrica, consulte o site da CELPE em: www.celpe.com.br . Para obter o valor do preço de venda da energia elétrica, consulte o site da CELPE em: www.celpe.com.br . |

Para mais esclarecimentos, acesse o site 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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ROBERTO SOARES DE AMORIM

inscrito (a) no CPF/CNPJ 003155164, 95, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 072548184, 60

do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

inscrito (a) no CPF sob o Nº 072548184, 60, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:




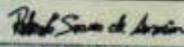
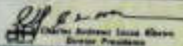
☐ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

| | | |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| Endereço: <u>AVENIDA DA INTEGRAÇÃO</u> | Número: <u>808</u> | Complemento: _____ |
| Bairro: <u>MARIA FUXILADORAS</u> | Cidade: <u>PETROLINA</u> | Estado: <u>PE</u> |
| E-mail: <u>robertoamorim-petrolina@hotmail.com</u> | CEP: <u>56.330-290</u> | Tel.(DDD): <u>(82)93344-2539</u> |

Local e Data: PETROLINA/PE - 30/09/2020

Roberto Soares de Amorim
Assinatura do Declarante

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | |
|---|--|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES | | |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO | | |
| DIRETORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO | | |
| VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1304920522 | NOME ROBERTO SOARES DE AMORIM | |
| |  | |
| | DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF 572100710 SSP BA | |
| | CPF 008.155.164-95 | DATA NASCIMENTO 12/05/1972 |
| | FILIAÇÃO ANTONIO ASSIS DE AMORIM ALMERINDA SOARES DE AMORIM | |
| | PERMISSÃO  | ACC  |
| | CAT. HAB. B | |
| | Nº REGISTRO 01902903351 | VALIDADE 29/11/2021 |
| | 1ª HABILITAÇÃO 05/08/1992 | |
| | OBSERVAÇÕES sem observações | |
| Assinatura do Portador  | | |
| PRÓTIPO PLASTIFICAR 1304920522 | LOCAL PETROLINA - PE | DATA EMISSÃO 30/11/2016 |
| | Assinatura do Emissor  Oficial Antonio Lucas Ribeiro Bater. Petrolina | |
| | 85188196581 PRO76113736 | |
| | DETRAN - PE (PERNAMBUCO) | |

**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: 3200362948

Nome do(a) Examinado(a): FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): RUA NOVE, 201, , Petrolina/PE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: ssp / 7319632

Data e local do acidente: 24/06/2020 - Petrolina/PE

Data e local do exame: 06/11/2020 - Juazeiro/BA

Coordenadas Geográficas: latitude: -9.41339 , longitude: -40.50079

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

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

Fratura exposta em pé D e TCE com leve HSDA occipital direito, fratura de osso occipital direito, HSAT temporal esquerdo, sem desvio de linha média,

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

Cirurgia ortopedica em pé direito, com estabilização com fios de K. tratamento conservador de TCE com reabsorção espontanea.

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

Exame físico prejudicado.

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

Sim

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

Sim

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

Em tratamento.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

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

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

(X) "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em 180 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, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Ombro Direito - Leve - 25%

Pé Direito - Total - 100%

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

Paciente com diminuição da mobilidade, devido a sequela de fratura em pe D, relata ainda tonturas e falta de equilíbrio que comprometem suas atividades cotidianas.

Flávia B. S. S. S.

Dr. Francisco de Assis
Médico
CRM 12.345.678

Imagens do Exame Físico





Termo de Imagem

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA - 072.548.184-60

FLAVIO SÉ - 30500

Juazeiro /BA - 06/11/2020

Handwritten signature

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286622/20

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

CPF: 072.548.184-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBERTO SOARES DE AMORIM : 008.155.164-95

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA : 072.548.184-60

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 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: 08/10/2020
Nome: ROBERTO SOARES DE AMORIM
CPF: 008.155.164-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/10/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROBERTO SOARES DE AMORIM

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357072/20

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

CPF: 072.548.184-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBERTO SOARES DE AMORIM : 008.155.164-95

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA : 072.548.184-60

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 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: 10/12/2020
Nome: ROBERTO SOARES DE AMORIM
CPF: 008.155.164-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROBERTO SOARES DE AMORIM

JULIANA BEZERRA DE LUNA

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200362948

Data da solicitação: 08/12/2020
DD/MM/AA

Nome do beneficiário: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

CPF do beneficiário: 02548184-60

Nome do solicitante: ROBERTO JONES DE AQUINO

CPF do solicitante: 008155164-95

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (87) 98844-2539

Tel. Comercial: ()

Tel. Residencial: ()

E-mail: robertoanoin-petrolim@hotmail.com

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)☒ INVALIDEZ PERMANENTE☐ MORTE**MOTIVO DA SOLICITAÇÃO**☒ DISCORDO DA NEGATIVA☐ DISCORDO DO VALOR RECEBIDO☐ DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS**ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?**☐ NÃO☒ SIM, informe qual(is)
documentos estão
sendo entregues:☒ Novos documentos médicos☐ Laudo do IML☐ Boletim de Ocorrência☐ Notas fiscais complementares☐ Outros:

(DESCREVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Solicito uma reanálise porque recebi uma negativa que não procede, existindo todos os relatos dos médicos do Hospital de Emergência Dr. Washington Sironio de Barros, o médico Fábio Sironio diagnosticou fratura exposta do pé direito e fratura fechada na clavícula direita, seguindo um novo laudo médico constatando fraturas traumáticas crônicas efractas com tentativas e a sequelas mais graves, que é a perda da audição sensorioacústica bilateral, de grau profundo à direita e grau moderado à esquerda.
Esperamos um pagamento de acordo com as sequelas.

Petrolim/PE. 08/12/2020

Local e Data

Roberto Jones de Aquino

Assinatura do solicitante ou de quem assina a pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

portador(a) do documento de identidade no 7.319-632, expedido por SDS/PE, em

10/12/2008, inscrito no CPF sob o no 072.543.184-60, residente na

Rua Nova, no 201

complemento _____, Bairro TERRA DO SOL,

cidade PETROLINA/PE, Estado PE

2. Outorgado **ROBERTO SOARES DE AMORIM**, portador(a) do documento de identidade no **572100710**, expedido por **SSP/BA**, em **30/11/2016**, inscrito no CPF sob o no **008.155.164-95**, residente na **Av. da Integração, nº. 808-A, CEP: 56.330-290**, Bairro: **Maria Auxiliadora**, cidade: **Petrolina**, Estado **PE**.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.

Petrolina-PE, 28 de AGOSTO de 2020

Outorgante Francisco de Assis Martins da Silva

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

Procuração

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante abaixo qualificado confere ao outorgado, também qualificado, os poderes abaixo transcritos:

1. Outorgante FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

portador(a) do documento de identidade no 7.319-632, expedido por SDS/PE, em

10/12/2008, inscrito no CPF sob o no 072.543.184-60, residente na

Rua Nova, no 201

complemento _____, Bairro TERRA DO SOL,

cidade PETROLINA/PE, Estado PE

2. Outorgado **ROBERTO SOARES DE AMORIM**, portador(a) do documento de identidade no **572100710**, expedido por **SSP/BA**, em **30/11/2016**, inscrito no CPF sob o no **008.155.164-95**, residente na **Av. da Integração, nº. 808-A, CEP: 56.330-290**, Bairro: **Maria Auxiliadora**, cidade: **Petrolina**, Estado **PE**.

Amplios poderes para praticar todos os atos administrativos e judiciais que se fizerem necessários na movimentação e conclusão dos processos novos e complementares do **Seguro Obrigatório - DPVAT**, e especialmente para preenchimento e assinatura do **FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO**.

Petrolina-PE, 28 de AGOSTO de 2020

Outorgante Francisco de Assis Martins da Silva

(VEJA ORIENTAÇÃO SOBRE AUTENTICIDADE DE DOCUMENTOS OU RECONHECIMENTO DE FIRMAS NO WWW.COSESPSEGUROS.COM.BR)

Tratando-se de pessoa não alfabetizada, a procuração deverá ser firmada em cartório, obrigatoriamente.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0357072/20

Vítima: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

CPF: 072.548.184-60

CPF de: Próprio

Data do acidente: 24/06/2020

Titular do CPF: FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA

Seguradora: AMERICAN LIFE COMPANHIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

ROBERTO SOARES DE AMORIM : 008.155.164-95

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO DE ASSIS MARTINS DA SILVA : 072.548.184-60

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 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: 10/12/2020
Nome: ROBERTO SOARES DE AMORIM
CPF: 008.155.164-95

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2020
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

ROBERTO SOARES DE AMORIM

JULIANA BEZERRA DE LUNA