

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DENATRAN

DETRAN - PE Nº 016380058924
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 11677639 RUA RENAVAL 2020
EXERCÍCIO 2020

EXERCÍCIO 11677639 RUA RENAVAL 2020
EXERCÍCIO 2020

103.146.704-16 PLACA PDH9314

PLACA ANT / OF 90210220007145680

ESPECIE TP2 ANO FAB. 2018

MAQUINA / MODELO 1500 FAN

CAP / POT / CL. 2P / 162CL. CATEGORIA PANTIC

COTA ÚNICA 1PVA 2020 QUITANDO VENC. COTA ÚNICA 1

PARCELAMENTO / PONTAS 2 3

PREMIO TARIFARIO (R\$) 0.05 PREMIO TOTAL (R\$) 12.30 DATA DE PAGAMENTO 14/02/20

AL. FTO. BAIXO FORTA SA

DATA 08/09/20

08/09/20

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 016380058924 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 11677639 RUA RENAVAL 2020 53020-280

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

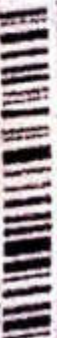
ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

ESTADO DE PERNAMBUCO EXERCÍCIO 2020

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.688/01-04

DETRAN - PE CRIADOR O BILHETE DPVAT





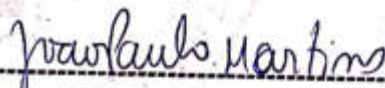
PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

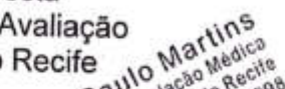


DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	059.10.2020
DATA	22.10.2020

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **7026607** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **101.733.534-60**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-864311**, que no dia 29 de agosto de 2020, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo automóvel e moto, por volta das 19h40, na Avenida General San Martins, imediações entre a Praça e a Igreja Adventista, no bairro San Martins, Recife/PE e, sendo direcionado para o Hospital Getúlio Vargas. Recife, 22 de outubro de 2020.


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


João Paulo Martins
Gerente de Regulação Médica
SAMU Metropolitano do Recife
Mat. 78.853-8 / CRM - 14698

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210028792 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DE COTOVELO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG. 1_RELATÓRIO MÉDICO / PÁG. 4_CIRURGIA.

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3210028792 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA **Data do acidente:** 29/08/2020 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/02/2021

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DISTAL DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (FIXADOR EXTERNO/PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE COTOVELO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE COTOVELO ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁG. 1_RELATÓRIO MÉDICO / PÁG. 4_CIRURGIA.

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 completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0026861/21

Vítima: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

CPF: 101.733.534-60

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 29/08/2020

Titular do CPF: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA : 101.733.534-60

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

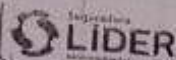
Data da apresentação: 26/01/2021
Nome: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA
CPF: 101.733.534-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/01/2021
Nome: JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES
CPF: 008.614.524-02

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

JOSEANA MIRANDA LEITE RODRIGUES



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESpesas de Assistência Médica e Suplementares) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE			
1 - Nº do Vítima ou ASI: 32.100.28.792		2 - CPF de vítima: 101.733.534-60	
3 - Nome completo da vítima: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA			
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 462/2018			
5 - Nome completo: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA		6 - CPF: 101.733.534-60	
7 - Profissão: Altomarmo		8 - Endereço: Camil Vilares Fraga	
9 - Bairro: SAN MARTIN		10 - Cidade: RECIFE	
11 - Estado: PE		12 - CEP: 50160-545	
13 - E-mail: regismar2008@yahoo.com.br		14 - Tel (DDD): 81-99215-3674	
DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:			
19 - Profissão do Representante Legal:			
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA):			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$1.001,00 A R\$2.500,00 ☐ R\$2.501,00 A R\$5.000,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00			
21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos citados. Ative uma opção): ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)			
☐ CONTA CORRENTE (bancos de banco)			
Nome do BANCO:			
AGÊNCIA: 4028		CONTA: 00029366	
(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 discordo 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 nascer ou 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 - Imprimada digital da vítima ou beneficiário no atestado		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:	
Assinatura da testemunha		CPF:	
40 - Local e Data: Recife PE, 22.02.2021			
Assinatura do Representante Legal (se houver)			
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)			
Assinatura do Procurador (se houver)			

Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210028792

Vítima: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 14 de Março de 2021

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3210028792

Vítima: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Data do Acidente: 29/08/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGISMAR DE OLIVEIRA 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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos

25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000001028

Conta: 0000029366-8

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

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:

101.733.534-60 REGISMAR DE OLIVEIRA 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: 6 - CPF:

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA 101.733.534-60

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Altoniano Camus Vilares Fragozo 123 Casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

SAN MARTIN RECIFE PE 50760-545

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

rose.miranda@vivo.com.br 181-99215-1674

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:

☒ RECURSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 29386 8 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 (a) nascido? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)
35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

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

40 - Local e Data, Recife PE, 22.01.2021

* Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FORM 000001

EXEMPLAR DO GOVERNADOR



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 012ª CIRCUNSCRIÇÃO - JARDIM SÃO PAULO - DP12ªCIRC DIM/4ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 21E0102000111

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **13/01/2021** às **16:56**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VITIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **29/8/2020** às **19:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA GENERAL SAN MARTIN, 01 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL - CEP: 50761-000**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): **REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA**

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

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Não informado / PERNAMBUCO / BRASIL

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: REGINA CELIA DE OLIVEIRA SILVA
Pai: **JOSE GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **28/9/1988** Nacionalidade: **SAPE / PARAIBA / BRASIL** Documentos: **7026607/SDS/PE**
(RG), **10173353460** (CPF) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **DESCONHECIDO** Profissão: **OUTRAS PROFISSOES** Telefones
Celulares:
- **81996843690**

Endereço Residencial: **RUA PEDRO MELO, 431, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: SAN MARTIN - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA PLACA CG 160 FAN, PLACA PDH0314 (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a). **REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 160 FAN** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Data: **01/02/21** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Complemento / Observação

file:///C:/Users/fernando/Downloads/BOCPreview.html

1/4

EXATIM DE OCORRÊNCIA

NO DIA DE HOJE COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLICIA O SENHOR REGISMAR DE OLIVEIRA DA SILVA. O SENHOR REGISMAR RELATA SER VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, FATO ESTE OCORRIDO NO DIA 29 DE AGOSTO DE 2020. NAS IMEDIAÇÕES DA IGREJA ADVENTISTA NO BAIRRO DE SAN MARTINS. RELATA A VITIMA QUE ESTAVA PILOTANDO SUA MOTOCICLETA, HONDA CG, QUANDO UM VEÍCULO INESPERADAMENTE CRUZOU A AVENIDA PELA VELOCIDADE DO OCORRIDO O SENHOR REGISMAR AINDA TERIA TENTADO PARA SUA MOTOCICLETA, MAS NÃO CONSEGUIU E ACABOU COLIDINDO COM A PARTE TRASEIRA DO CARRO. RELATA QUE NO MOMENTO DO OCORRIDO O CONDUTOR DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE SE EVADIU DO LOCAL. SENDO A VITIMA SOCORRIDA POR EQUIPE DO SAMU 192 CONFORME PROTOCOLO DE ATENDIMENTO NÚMERO 059-10-2020. POR CONTA DA GRAVIDADE DO ACIDENTE, A VITIMA FOI ENCAMINHADA AO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS ONDE FOI REALIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO FICANDO O SENHOR REGISMAR INTERNADO APROXIMADAMENTE UM MÊS NO HOSPITAL.

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

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: PEDRO MESQUITA DE ALENCAR - Matrícula: 3870103
(Liberado em 13/01/2021 às 17:19)

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:

101.733.534-60 REGISMAR DE OLIVEIRA 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: 6 - CPF:

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA 101.733.534-60

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

Altoniano Camus Vilares Fragoso 123 Casa

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP:

SAN MARTIN RECIFE PE 50760-545

15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

rose.miranda@vivo.com.br 181-99215-1674

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: ☒ RECURSO 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 1028 CONTA: 000 29386 8 AGÊNCIA: CONTA:

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 (a) nascido? ☐ 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 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo) 35 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo) 37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

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

40 - Local e Data, Recife PE, 22.01.2021

* Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1234 CONTA: 12345

DATA DA TRANSFERENCIA:	08/03/2021
NUMERO DO DOCUMENTO:	321002879203
VALOR TOTAL:	2.531,25

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01028

CONTA: 000000029366

Número da Autenticação

DC000ECD7D24D7EA

ENDEREÇO FISCAL

REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA
CPF/CNPJ: 10173353460
CONSUL VILARES FRAGOSO, 123
SAN MARTIN
50760-545 - RECIFE - PE

ITEM



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS
SERVIÇO DE DOCUMENTAÇÃO CIENTÍFICA



BOLETIM DE ESCLARECIMENTO

NOME: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

1. Ocorrência da Emergência: 871970

1.1 - Atendimentos em: 29/08/2020

1.2 - Às 20 horas e 13 minutos.

1.3 - Internado:

1.4 - Retirou-se às hr. e min.

2. Internamento Eletivo – Reg. Geral No. 553762

2.1 – Internado em: 29/08/2020

2.2 - Alta em: 21/09/2020

3. Hipótese Diagnóstica : FRATURA EXPOSTA DE ÚMERO DISTAL DIREITO.

4. Tratamento: 30/08/2020 – LIMPEZA CIRÚRGICA + APOSIÇÃO DE FIXADOR EXTERNO.
17/09/2020 – REDUÇÃO CRUENTA + OSTEOSINTESE COM PLACA E PARAFUSOS.

5. Observação: ACIDENTE MOTOCICLISTICO.

AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE DOCUMENTO FORAM TRANSCRITAS NA ÍNTEGRA DA FICHA E/OU PRONTUÁRIO DO PACIENTE.

DATA: 8.1.2021
HORA: 14:21:20
PASTA: 01.12.2020
GSL
LP

Gustavo Souza Leão
CRM 11875

Dr. Gustavo Souza Leão.



HOSPITAL GETÚLIO VARGAS EMERGÊNCIA



MT 872021

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 871970

Prontuário: 0000553762

Nome: REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Data Nasc.: 25/09/1988

Idade: 31

Sexo: MASCULINO

CPF: 10173353460

RG: 7026607

CNS: 702801668818063

Endereço: RUA DOUTOR FLAVIO FERREIRA DA SILVA
MAROJO

Nº 468

Bairro: TORROES

Cidade: RECIFE

CEP: 50761675

Estado: PERNAMBUCO

Telefone: 87009728

Nome da Mãe: REGINA CELIA DE OLIVEIRA SILVA

Acompanhante: IRMA

Clínica: CIRURGIA GERAL

Ocorrência: AUT, ENF, MARGARIDA VIT DE COLISAO MOTO/ CARRO SAMU RECIFE B - 06

2 - ATENDIMENTO

Data: 29/08/2020

Hora: 20:13

Queixa Principal/HDA

Paciente trazido pelo SAMU por colisão MOTO/CARRO há 30 minutos, apresentou sangramento ativo de provável origem venosa em terço médio de MSEsq. + dor importante local + limitação do movimento. Vem consciente e orientado, nega perda de consciência, nega vômitos/ episódios êméticos.
Negam HAS, nega DM, nega alergias;

Área do Trauma

Perda da Consciência:	☐ SIM ☐ NÃO	Episódio Emético:	☐ SIM ☐ NÃO	Acidente de Trabalho:	☐ SIM ☐ NÃO
Acidente de Trânsito:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:			
Colisão:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:	Motorista ☐	Passageiro ☐	
Atropelamento:	☐ SIM ☐ NÃO	Local de Impacto:			
Vítima de Ferimento:	☐ SIM ☐ NÃO	Tipo:	Sofreu Queda:	☐ SIM ☐ NÃO	
Queimadura:	☐ SIM ☐ NÃO	Por:	Transporte Realizado por:		
Condições de imobilização adequadas:	☐ SIM ☐ NÃO	Por que:			

Exame Físico: ---

A: Geral	Via aérea está pervia:	☐ SIM ☐ NÃO	O paciente fala:	☐ SIM ☐ NÃO	Temp.:
----------	------------------------	---	------------------	---	--------

EGReg, COTE, CORADO, HIDRATADO, EUPNEICO, ACIANOTICO

B: Respiratório:

MV+ EM AHT S/ RA SPO2= 97% EM AA, FR= 18ipm

C: Circulatório

PA:

Pulso:

2T BNF S/S FC= 85BPM, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES E SIMÉTRICOS

D: Exames Neurológico	Deficiência Motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐	Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐
Glasgow: Abertura ocular	Glasgow: Resposta Verbal	Glasgow: Resposta Motora
Score: Hora:	Escore: Hora:	Escore: Hora:

ECOG= 15, PIFR, S/ DÉFICIT MOTOR, RETIRO COLAR CERVICAL INDOOR, PALPO CERVICAL SEM DOR,

E: Abdomen

PLANO, DEPRESSIVEL, INDOLOR, S/ VMG, SEM SINAIS IRRITATIVOS, FLACIDO

Diagnóstico Inicial: POLITRAUMA SEC ACIDENTE CARRO/MOTO

Exames/ Conduta:

AV DA CX. VASCULAR + ORTOPEDIA/ SOL. LAB/ PRESC. C/ ANALGESIA/ MONITORAÇÃO/

+ ALTA de Cirurgia Geral

Definição do Caso:

Internamento ☐ - Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta ☐ Evadiu-se ☐ Alta ☐ Transferência ☐

Dr. Arthur Régis
Médico
CRM 27.428

ARTUR CESAR DE ALBUQUERQUE REGIS - CRM: Nº.27428

Médico

HOSPITAL GETULIO VARGAS

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

Data e hora retirada da senha: 29/08/2020 20:05

	Nome Paciente:	REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA
	Cód. Paciente:	
	Data de Nascimento:	26/09/1988
	Sexo:	Masculino
	Idade:	31
	Senha:	E0031
	Convênio:	
Atendimento:	SAME:	

Período: 29/08/2020 20:06 - 29/08/2020 20:08

MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: LARANJA - MUITO URGENTE

Cor: XXXXXXXXXX LARANJA

Queixa Principal: HISTORIA DE COLISAO MOTO/CARRO HA 30 MINUTOS, EVOLUI COM DOR + LIMITAÇÕES DE MOVIMENTOS EM MSESQ. NEGA DM HAS ALERGIAS SINTOMAS GRIPAIS TCE

Observação: TRAZIDO PELO SAMU RECIFE B 06, DIRETO DA VIA PUBLICA

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es): - MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Sinais Vitais Lidos:

- ESCALA DE GLASGOW ADULTO: 15
- REGUA DE DOR: 8
- FREQUENCIA CARDIACA: 70.00 BPM (RÍTMICO)
- GLICEMIA: 80.00 MG/DL
- TEMPERATURA: 36.00 °C

Acolhido(a) por: MARGARIDA MARIA GONCALVES MARTINS MALTA - COREN: 148626 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)



HOSPITAL
GETÚLIO VARGAS

RELATÓRIO DE CIRURGIA



Unidade de Saúde:
HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

Nome do paciente:
REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA

Nº do Paciente:
553762

Clínica/Leito:
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Operador: DR EMILIO VERDE

1º Assistente: DR ABÍLIO CRUZ

2º Assistente: DR IGOR

Instrumentador:

Anestesista: DRA MILENA PANTALEAO

Anestesia: SEDAÇÃO + BLOQUEIO DE PLEXO BRAQUIAL

Duração:

1ª da Operação: 30/08/2020

Início:

Fim:

Diagnóstico Pré-Operatório:

FRATURA EXPOSTA DE UMEROS DISTAL ESQUERDO

Diagnóstico Pós-Operatório:

FRATURA EXPOSTA DE UMEROS DISTAL ESQUERDO

Operação Proposta:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE UMEROS DISTAL ESQUERDO

Operação Realizada:

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE UMEROS DISTAL ESQUERDO

CRIOÇÃO DO ATO OPERATÓRIO

- 1) Paciente em decúbito dorsal sob anestesia;
- 2) Antissepsia + assepsia;
- 3) Aposição de campos operatórios;
- 4) Observado lesão corto contusa em braço esquerdo próximo ao cotovelo com ares de contaminação e sofrimento muscular
- 5) Realizado LMC + DESBRIDAMENTO + lavagem com SF 0.9% (10 LITROS)
- 6) Sutura de pele
- 7) Aposição de fixador externo transarticular de cotovelo esquerdo (passagem de pinos em umero sobre visualização direta de osso)
- 8) Observado boa redução e fixação sob fluoroscopia
- 9) Curativo local.
- 10) Observada boa perfusão distal após término do procedimento

Dr. Abílio Cruz
Ortopedia e Traumatologia
CREMED 27951



REGISMAR DE OLIVEIRA SILVA		00553762	702801668818
872021	MASCULINO	31a 11m 26d	CLINICA TRAUMATOLOGICA, CLTRAU



Relatório de Alta Hospitalar

Diagnóstico:

FRATURA EXPOSTA DE UMERÓ DISTAL ESQUERDO

Tratamento:

30/08: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE UMERÓ DISTAL ESQUERDO COM FIX EXTERNO TRANSART TUBO

A TUBO

17/09 - OSTEOSINTESE DE COTOVELO ESQUERDO (DR GABRIEL PRAXEDES)

OBS:

- 1- ALTA HOSPITALAR
- 2- RX CONTROLE NO RETORNO
- 3- ATB+ANALGESIA DOMICILIAR
- 4- CURATIVO DIÁRIO EM UNIDADE DE ATENÇÃO BÁSICA
- 5- RETORNO AMBULATORIAL PRO GRUPO DO OMBRO E COTOVELO EM 7 DIAS

Condições Clínicas (no momento da Alta)

FO EM BOM ASPECTO, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS OU SECREÇÃO, REDUÇÃO ADEQUADA SOB RADIOGRAFIAS.

DATA DA INTERNAÇÃO

30/08/2020

DATA DA ALTA

21/09/2020

Releio, 21 DE SETEMBRO DE 2020

IGOR BRANDÃO GAIA - CRM: Nº.29358

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACÃO

NOME
REGIMAR DE OLIVEIRA SILVA

LOCAL EMISSÃO / FORO EMISSOR / UF
7026607 RDS PE

CPF
101.733.834-60

DATA NASCIMENTO
26/09/1988

RELACÃO
JOSE GOMES DA SILVA
REGINA CELIA DE
OLIVEIRA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAE INE
AB

Nº REGISTRO
05104398874

VALIDADE
14/09/2020

PROROGACÃO
17/12/2010

OBSERVAÇÕES
Exercer Ativ Remunerada

Regimar de Oliveira Silva
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
RECIFE PE

DATA EMISSÃO
15/09/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
85483765958
PE068548427

DETRAN - PE (PERNAMBUCO)

1107056345