

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Devson Torres de Oliveira,

RG: 9.807.405, data de expedição 24/01/2018

Órgão SDS, portador do CPF 12822830460, com

domicílio na cidade de Pomolim de São Félix, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua São José, nº 809.

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Geovane Manoel da Silva filho cujo o conduto era Devson Torres de Oliveira.

Veículo: moto

Modelo: Honda / CG 150 TITAN

Ano: 2009

Placa: KKM 0335

Chassi: 9C2KCJ6109R028524

Data do Acidente: 05/11/2018

Local e data do cartório: camocim de São Félix, 28.11.2018

Devson Torres de Oliveira
Assinatura do Declarante

Devson Torres de Oliveira
Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante desinistro)

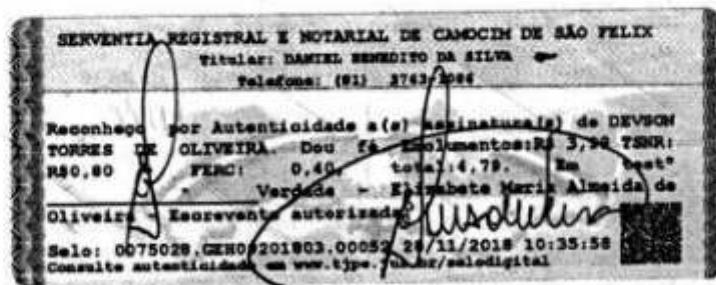
Obs: Reconhecer firma por autenticidade!



COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE





PREFEITURA DE
SÃO JOAQUIM DO MONTE
NOVO RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 05/11/11 Hora (01:33) Registro 300-365

Nome Adriano Henrique da Silveira Filho

Data de Nascimento _____ Idade 17 Anos Sexo M

Endereço/Procedência Rua Vitorino

Naturalidade _____ Profissão _____

Responsável Alcides da Silveira Identidade _____
Santos

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal Dor de Mão + TCE + perda

Dados Clínicos de consciência N + 30%

Hipótese Diagnóstica TCE Grau I

Exames Solicitados _____

Tratamento Proposto A. NC G

Exames Físico Lherz contínuo no braço à altura
transversal + 10 cm

Evolução / Prescrição _____

metformina 500mg + AD, 3ml, EV + AG

metformina 500mg + AD, EV, AG

David Xander
Médico
CRM-PE-26063

Diagnóstico Inicial _____

Diagnóstico Definitivo _____

DESTINO DO PACIENTE

Atendido p/ observação Liberado p/ residência com medicação aplicada

Atendido p/ residência c/ medicação prescrita Transferência p/ outra cidade

Óbito

Transferido para _____

UR - NCR

Avenida Estácio Coimbra N° 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1116

5543 635

São Joaquim do Monte - CNPJ: 10.122.661/0001-43

COMPREV
COMPREV VIDA E PRÉVIDÊNCIA S/A
31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N°: 39.095
DATA: 10/11/2018
HORÁRIO: 11 H 15 MIN.

BOLÉTMICO DE AVALIAÇÃO DE RISCO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade da origem:

Nome do paciente: Geovane manuel da silva Filho Professional ACS:

Genitora: Aleandra Gehrda Silva

Data nasc. 24/08/2001 Idade: Sexo: (X) MASC. () FEM. Cor:

Endereço: Rua Central

Bairro: mutuário Ponto de referência: Mercado da Zé

Profissão:

Nome do acompanhante: () Filho () Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP:

QUEIXA PRINCIPAL:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

curtura
11/10/2019
Jáde

COMPREV
COMPRESA S/A E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

ESTADO DO PACIENTE:

- () OBSERVAÇÃO CLÍNICA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA

- () ÓBITO: ____ H ____ MIN.
() TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() INTERNAMENTO

TA HOSPITALAR

TA _____ HORA: _____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO



SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDE

UNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTO

REGISTRO N°: 79.095
DATA: 10 / 11 / 2018
HORÁRIO: 11 H 15 MIN.

BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGENCIA E EMERGÊNCIA

Unidade da origem:

Nome do paciente: Geovane manuel da silva Filho Professional ACS:

Genitora: Aleandra Gethida Silva

Data nasc. 24/08/2001 Idade: Sexo: (X) MASC. () FEM. Cor:

Endereço: Rua. Central

Bairro: Mutirão Ponto de referência: Mercado de Zé

Profissão:

Nome do acompanhante: () Filho () Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: () ACIDENTE DE TRÂNSITO () AGRESSÃO () OUTROS
() ACIDENTE DE TRABALHO () SUICÍDIO

PACIENTE CHEGOU: () ANDANDO () AMBULÂNCIA () AUTOMÓVEL () OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP.:

QUEIXA PRINCIPAL:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

ESTADO DO PACIENTE:

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

- () OBSERVAÇÃO CLÍNICA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO PRESCRITA
() LIBERADO PARA RESIDÊNCIA COM MEDICAÇÃO APLICADA
- () ÓBITO: H MIN.
() TRANSFERIDO PARA OUTRA UNIDADE
() INTERNAMENTO

ATA HOSPITALAR

ATA _____ / _____ / _____

HORA: _____ : _____

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 165477
Nome: Cezar Manoel da Silva
Foi atendido às 02 h do dia 05 / 11 / 18
Diagnóstico Provável TCE leve
data da alta 05 / 11 / 18

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

~~Retornar ao ambulatório de NEUROSIRURGIA~~

Observação: Retornar para o dia

*Rua Doutor de Freitas
111 Centro Recife
Cachorro 24-203*

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

Cod. 0163

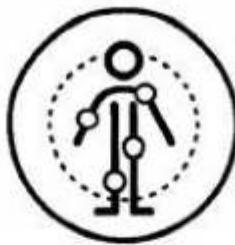
COMPREV
COMPRESA & PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

O DADOS PESSOAIS

Nome do paciente Giovanni Matheus da Silva Filho

Data de nascimento 24,06,2001 RG 10.77209 SDS CPF 137.361.654/42

O DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 05,11,2018

Nº do B.O. 19E0190000026

Resumo clínico PACIENTE VITIMADO RESIDENTE DE TRAJANO
S/N FONTE Tuleen CEFALGIA C/ FOCO DA
COPIRA

Diagnóstico TCE GRAVE; DIGO INDETERMINADO

Tratamento Hospitalar

Sequelas CEFALGIA + FOCOS DIFUSOS DE DORSAL + DOL
CONVULSOS MAFANOSOS FOCOS

Data da alta ambulatorial definitiva 29/03/19

Abreu e Lima, 29 de Março de 2019

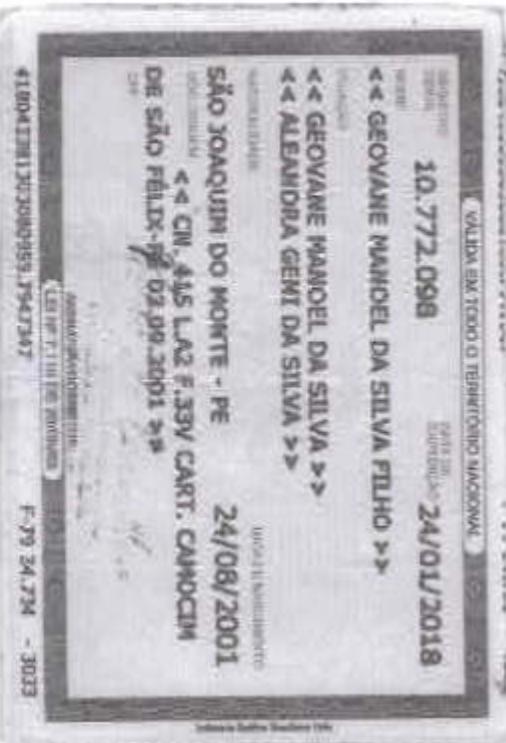
Dr. Pedro Marques
Traumatologia-Ortopedia
CRM 8594

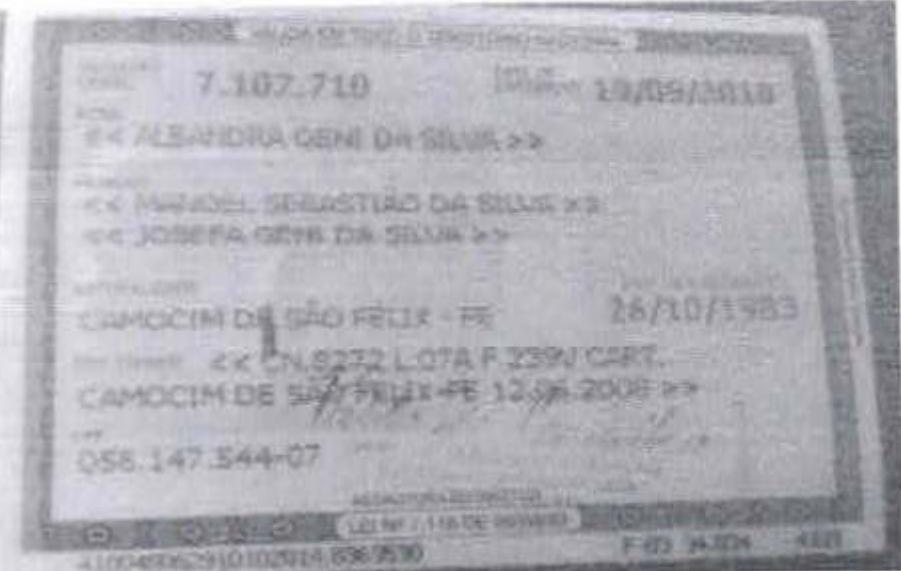
Médico (CRM)

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

31 MAI 2019

COMPREV
COMPRA DE CORRIDA DE RUA





Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902 Bl. E
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



E09:23



E09:24

E09:25

E09:26

E09:27

E09:28

E09:29

E09:30

E09:31

E09:32

E09:33

E09:34

E09:35

E09:36

E09:37

E09:38

E09:39

E09:40

E09:41

E09:42

E09:43

E09:44

E09:45

E09:46

E09:47

E09:48

E09:49

E09:50

E09:51

E09:52

E09:53

E09:54

E09:55

E09:56

E09:57

E09:58

E09:59

E09:60

E09:61

E09:62

E09:63

E09:64

E09:65

E09:66

E09:67

E09:68

E09:69

E09:70

E09:71

E09:72

E09:73

E09:74

E09:75

E09:76

E09:77

E09:78

E09:79

E09:80

E09:81

E09:82

E09:83

E09:84

E09:85

E09:86

E09:87

E09:88

E09:89

E09:90

E09:91

E09:92

E09:93

E09:94

E09:95

E09:96

E09:97

E09:98

E09:99

E09:100

E09:101

E09:102

E09:103

E09:104

E09:105

E09:106

E09:107

E09:108

E09:109

E09:110

E09:111

E09:112

E09:113

E09:114

E09:115

E09:116

E09:117

E09:118

E09:119

E09:120

E09:121

E09:122

E09:123

E09:124

E09:125

E09:126

E09:127

E09:128

E09:129

E09:130

E09:131

E09:132

E09:133

E09:134

E09:135

E09:136

E09:137

E09:138

E09:139

E09:140

E09:141

E09:142

E09:143

E09:144

E09:145

E09:146

E09:147

E09:148

E09:149

E09:150

E09:151

E09:152

E09:153

E09:154

E09:155

E09:156

E09:157

E09:158

E09:159

E09:160

E09:161

E09:162

E09:163

E09:164

E09:165

E09:166

E09:167

E09:168

E09:169

E09:170

E09:171

E09:172

E09:173

E09:174

E09:175

E09:176

E09:177

E09:178

E09:179

E09:180

E09:181

E09:182

E09:183

E09:184

E09:185

E09:186

E09:187

E09:188

E09:189

E09:190

E09:191

E09:192

E09:193

E09:194

E09:195

E09:196

E09:197

E09:198

E09:199

E09:200

E09:201

E09:202

E09:203

E09:204

E09:205

E09:206

E09:207

E09:208

E09:209

E09:210

E09:211

E09:212

E09:213

E09:214

E09:215

E09:216

E09:217

E09:218

E09:219

E09:220

E09:221

E09:222

E09:223

E09:224

E09:225

E09:226

E09:227

E09:228

E09:229

E09:230

E09:231

E09:232

E09:233

E09:234

E09:235

E09:236

E09:237

E09:238

E09:239

E09:240

E09:241

E09:242

E09:243

E09:244

E09:245

E09:246

E09:247

E09:248

E09:249

E09:250

E09:251

E09:252

E09:253

E09:254

E09:255

E09:256

E09:257

E09:258

E09:259

E09:260

E09:261

E09:262

E09:263

E09:264

E09:265

E09:266

E09:267

E09:268

E09:269

E09:270

E09:271

E09:272

E09:273

E09:274

E09:275

E09:276

E09:277

E09:278

E09:279

E09:280

E09:281

E09:282

E09:283

E09:284

E09:285

E09:286

E09:287

E09:288

E09:289

E09:290

E09:291

E09:292

E09:293

E09:294

E09:295

E09:296

E09:297

E09:298

E09:299

E09:300

E09:301

E09:302

E09:303

E09:304

E09:305

E09:306

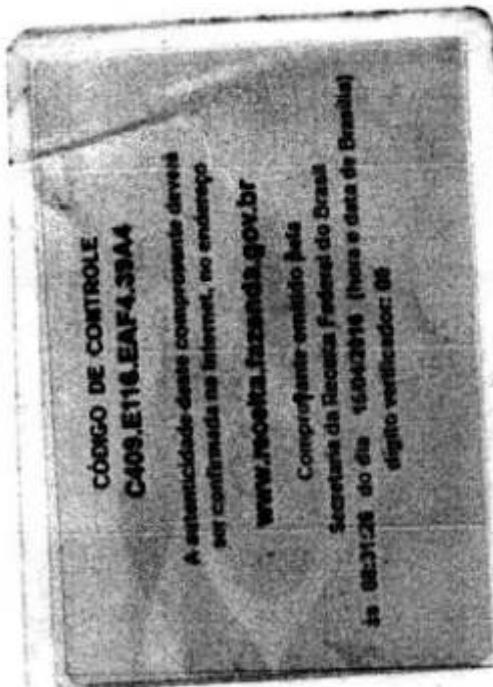
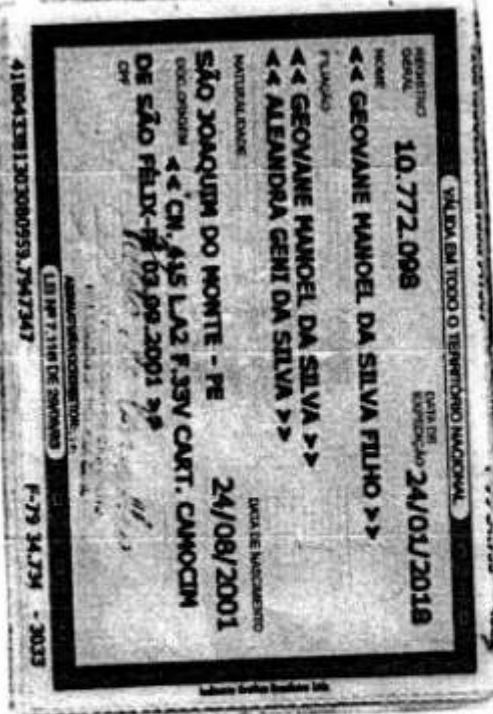
E09:307

E09:308

E09:309

E09:310

E09:311





COMPREV
COMPREV INDÚSTRIA E PESOVIDÊNCIA S/A
31 MAI 2019
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FINANÇAS

Nº 0137120060598
DETRAN - PR
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 156419529 | ***** | 2017

DEVON TORRES DE OLIVEIRA

CAMOCIM DE SÃO PEDRO -

128.228-104-80

KTH0328

***** | 3C1NC16199R021524

VELOCIDADE | 1200/1600/1800

PIAS HOTOCUETA

HONDA/CGL150 PIRAN MIX XU | 2009 | 2009

29/148CL | PARTIC | PRETA

PIVVA 2017 QUITANDA | 2009 | 2009

V | A | 2009 | 2009

SEGURO SAÚDE PRO TERRITÓRIO | 2009 | 2009

SEN RESERVA

INSCRIÇÃO NO CADASTRO NACIONAL DE VEÍCULOS | 2009 | 2009

INSCRIÇÃO NO CADASTRO NACIONAL DE VEÍCULOS | 2009 | 2009

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CHAMADA DE ATENDIMENTO

ICAMOCIM DE SÃO PEDRO - 27/12/17

Charles Andrade Souza Ribeiro

ESTADO: MARANHÃO - MUNICIPIO: CAMOCIM DE SÃO PEDRO

PE Nº 0137120060598 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DEVON TORRES DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS COOPERAÇÕES DEZAS DA CONTRATUA
www.seguradolidade.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1734

1	128.228-104-80	KTH0328	27/12/17
1	128.228-104-80	KTH0328	27/12/17
1	128.228-104-80	KTH0328	27/12/17
1	128.228-104-80	KTH0328	27/12/17
1	128.228-104-80	KTH0328	27/12/17

05.802.494/0001-41
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 502 Bl. C
Boca Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190199228 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FERIMENTO CORTO CONTUSO NA REGIÃO FRONTAL PARIETAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190357696

Nome do(a) Examinado(a): GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Endereço do(a) Examinado(a): RUA CENTRAL , 69 - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PE - CEP 55665-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 0000000

Data e Local do Acidente : 05/11/2018

Data e Local do Exame : 19/07/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

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

TCE

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

TRATAMENTO CONSERVADOR

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

QUEIXA CEFALEIA E DÉFICT MNEMONICO

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

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [] Sim [X] Não

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

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 (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() "Vítima em tratamento" Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

(X) "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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

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

Região Corporal

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

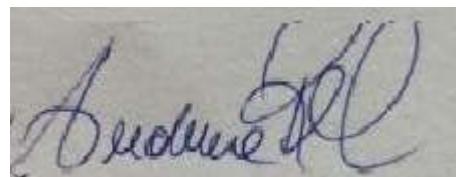
Região Corporal

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

Região Corporal

% 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 a valoração do dano corporal.



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

Ao Sr. Analista

Sinistro: 3190/199228

.PEDIDO DE REANÁLISE

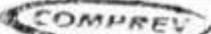
Inconformado (a) com a análise que fizeram do meu processo, venho REQUERER reanálise referente indenização do seguro obrigatório – DPVAT – nº do sinistro: 3190/199228 tendo em vista está apresentando LAUDOS onde fica comprovado que encontro-me com sequelas permanentes em decorrência do acidente, expresso desta forma por laudo. Logo aguardo uma solução ao pedido acima transscrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VÍTIMA: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

CPF: 137.561.654-42



 COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

29 JUN 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
CENSAL

7.107.710

DATA DE
EXPEDIÇÃO

19/09/2018

NOME

<< ALEANDRA GENI DA SILVA >>

FILHOS

<< MANOEL SEBASTIÃO DA SILVA >>

<< JOSEFA GENI DA SILVA >>

NATURALIDADE

CAMOCIM DE SÃO FÉLIX - PE

DATA DE NASCIMENTO

26/10/1983

DOC. ORIGEM << CN.8272 L.07A F.239V CART.

CAMOCIM DE SÃO FÉLIX-PE 12.06.2006 >>

CPF

056.147.544-07

ASSINATURA DO PRESTADOR

LEI Nº 7.118 DE 26/08/83

4190480829101028148963530

E-13 34.774



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190357696 **Cidade:** São Joaquim do Monte
Vítima: GEOFANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Natureza:** Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE

Descrição do exame físico: Queixa de cefaleia e deficit mnemonico

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 19/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor - após avaliação dos documentos optado por manter a valoração deferida pelo examinador

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190357696 **Cidade:** São Joaquim do Monte
Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Natureza:** Invalidez Permanente
Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TCE

Descrição do exame físico: Queixa de cefaleia e deficit mnemonico

Resultados terapêuticos: Tratamento conservador

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data do exame físico: 19/07/2019

Conduta mantida:

Observações: Nota do revisor - após avaliação dos documentos optado por manter a valoração deferida pelo examinador

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190357696 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOFANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO.
TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO PARIETAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190357696 **Cidade:** São Joaquim do Monte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOFANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 05/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO.
TRAUMA CORTO-CONTUSO EM REGIÃO PARIETAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @5 SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Complemento por reanálise - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

Procuração

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

1. Outorgante Giovane Manoel da Silva Filho

portador(a) do documento de identidade nº 10.772.098, expedido por SIDS em
24/03/2018 inscrito no CPF sob o nº 137.561.654-42 residente na
R. central, nº 69
complemento _____, Bairro Centro, cidade
Camocim de São Félix, Estado PE.

2. Outorgado Derson Torres de Oliveira

portador(a) do documento de identidade nº 9.807.405, expedido por SIDS em
19/06/2013 inscrito no CPF sob o nº 128.228.104-60 residente na
Rua São José, nº 809
complemento _____, Bairro Mutirão, cidade
Camocim de São Félix, Estado PE

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

Camocim de São Félix 27 de novembro de 2018

Outorgante

Giovane Manoel da Silva Filho
Giovane Reconhece firma
por autenticidade.

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
Bela Vista - CEP 50.060-010

SEVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CAMOCIM DE SÃO FÉLIX
Tatuar: SANIEL BENEDITO DA SILVA
Telefone: (81) 3743-1088

Reconheço por Autenticidade a(s) assinatura(s) de:
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO. Documento R\$
3,99. Título: R\$0,80 FERNC: 0,40, total R\$4,19. Em testemunha:
Verdade - Elizabeth Maria Almeida de Oliveira. Escrivane autorizada.
Assinatura

Selo: 0075028.WHA09201805.00051 27/11/2018 10:35:33
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/sealdigital

Procuração

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

1. Outorgante

Geovane Manoel da Silva Filho
portador(a) do documento de identidade nº 10.772.098, expedido por SIDS em
24/05/2018 inscrito no CPF sob o nº 137.561.654-42 residente na
R. central, nº 69
complemento _____, Bairro Centro, cidade
Camocim de São Félix Estado PE.

2. Outorgado

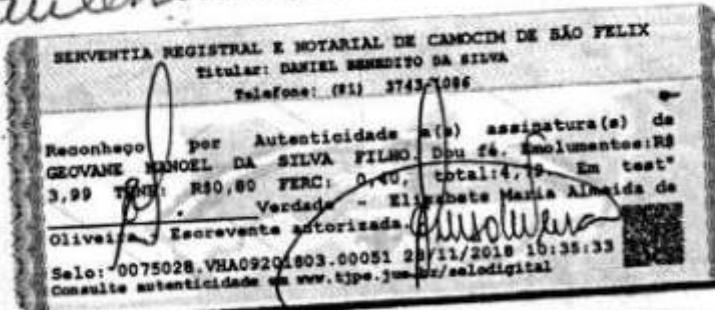
Denvson Torres de Oliveira
portador(a) do documento de identidade nº 9.807.405, expedido por SIDS em
19/06/2013 inscrito no CPF sob o nº 128.228.104-60 residente na
Rua São José, nº 809
complemento _____, Bairro Mutirão, cidade
camocim de São Félix Estado PE.

Amplos 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.

camocim de São Félix 27 de novembro de 2018

Outorgante

Geovane Manoel da Silva Filho
Geovane reconhece firma
por autenticidade.



COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186127/19

Número do Sinistro: 3190357696

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

CPF: 137.561.654-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO : 137.561.654-42

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/06/2019
Nome: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
CPF: 128.228.104-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/06/2019
Nome: JONATAN BARBOSA DE BARROS
CPF: 703.787.774-32

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

JONATAN BARBOSA DE BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186127/19

Número do Sinistro: 3190357696

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

CPF: 137.561.654-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/06/2019
Nome: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
CPF: 128.228.104-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/06/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0186127/19

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

CPF: 137.561.654-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA : 128.228.104-60

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO : 137.561.654-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 31/05/2019
Nome: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
CPF: 128.228.104-60

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/05/2019
Nome: ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA
CPF: 118.262.994-67

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

ANDREZA LARISSA ANGELO DE SOUZA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0087397/19

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

CPF: 137.561.654-42

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA : 128.228.104-60

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

ALEANDRA GENI DA SILVA : 056.147.544-07

Comprovante de residência
Documentos de identificação

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO : 137.561.654-42

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
CPF: 128.228.104-60

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Caroliny Lins Veloso

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190357696

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

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

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 03 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190357696

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

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. 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, 05 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190357696

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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, 22 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190357696

Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 05/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

nº do anexo ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:
437.563.654.42 Geovane Manoel da Silva Filho

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

Nome completo: Geovane Manoel da Silva Filho	CPF: 437.563.654.42
Profissão: receuse - se sua Pontal	Número: 69
Enderço: Rua: Camocim de São Félix PE	Complemento: CEP: 55665-000 Tel (DDD): 83.396684841
Estado: Centro	
E-mail:	

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

RENDIMENTO:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os Bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **4995**

CONTA: **15973**

(informar o dígito verificador)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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.

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 no Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 37, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos?

Sim

Não

Se tinha filhos, informar quantos:

Vivos:

Falecidos:

Vítima deixou

nascituro (vai nascer)?

Sim

Não

Vítima deixou

pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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 293 do Código Penal.

Local e Data:

Camocim de São Félix PE, 21.02.18

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura: **05.802.494/0001-41**
TRACAO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

2º | Nome:

CPF:

Assinatura: **11.111.111/0001-01**

Geovane Manoel da Silva Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Gleandra Gemi da Silva

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina a RG
 (*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SÉG RG, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprovando-se-lhe a duele ciência do teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 907 Bl. C
04060-010



Assinatura autorizada Inválida sem assinatura Authorized signature Not valid unless signed.

323

Este cartão é pessoal e intransferível.
Atendimento Geral: 0800 726 0101 (Capitais e regiões metropolitanas)
0800 726 0505 (Demais estados)
OuroPreto: 0800 725 7474

Maestro

CITUS

CAIXA

AQUI

caixa.gov.br

Banco24Horas

05.802.494/0001-43
TRACÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA
14 MAR 2014
Rua da Aurora, nº 175, sl 902 Bl. C
Braga - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

CALDA ECONOMICA, FINE

OUTLINE B998 72574

卷之三

11/06/2019 11:47

001: 15-05778-9 LOCALIDAD: DAMOTIN DE SNO FELIX
003. VINCULACION: 2162 CONTROL: 370645642

MENTIRI PEMERINTAH

卷之三

ESTIMATE WANTED FOR THIS ITEM

**ENTREGACION E VIDA LONGA
CONVIVIANTE DE MIGRANTES**

05.802.494/0001-43
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2003

14 MAR 2013
Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Al. E
Boa Vista - CEP: 50.000-010
RJ 22710-000



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima: **Geovane Manoel da Silva Filho**

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

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CEP:

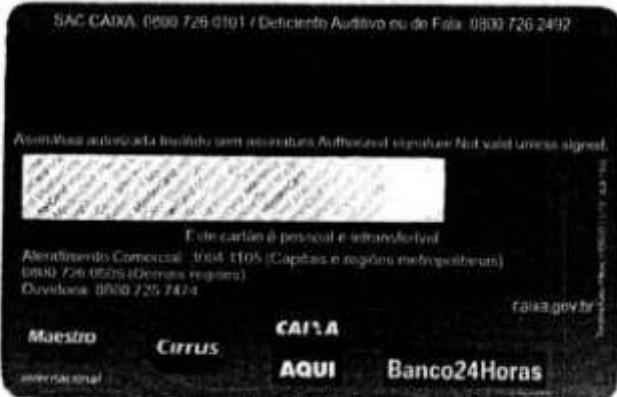
Tel.(DDD):

CPF:

Número:

Complemento:

</div



Lotérias CAIXA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

SAC 0800 726 0101
DIVISORIA 0800 725 7474

042 867994329-9

DATA: 11/FEV/2019 HORA DE 12:11:47

LOCALIZADE: CHOCOLIN DE SÃO FELIX
Nº. VINHOLADA: 2192
CONTROLE: 3708048842

DEPÓSITO EN DINHEIRO

6995 013 00015971-2

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

VALOR : 10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO. A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOS.

ESTE RECIBO É VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

042 867994329-9

11 VIA

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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:

137.561.654-42 Geovane Manoel da Silva Filho

4 - Nome completo da vítima:

5 - Nome completo:

Geovane Manoel da Silva Filho

6 - CPF:

137.561.654-42

7 - Profissão:

Recluso - se

8 - Endereço:

R. Central

9 - Número:

69

10 - Complemento:

11 - Bairro:

Centro

12 - Cidade:

Lambeim de São Felix

13 - Estado:

PE

14 - CEP:

55665-000

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

(81) 99668-4814

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:

Aleandra Geni da Silva

18 - CPF do Representante Legal:

056.147.544-07

19 - Profissão do Representante Legal:

Recluso - se

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 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 499,5

CONTA: 15971

2

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(informar o dígito se existir)

(informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro-DPVAT por invalidez permanente, uma vez que assinei(lei) uma das opções:

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

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

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

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

Sim

29 - Se tinha filhos, informar

teve filhos?

Não

Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou

nasceu(nascer)

Sim

Não

31 - Vítima

teve Irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha Irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

pais/avós/vós?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

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

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

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

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Lambeim de São Felix 07/06/2019

Geovane M. da S. Filho

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100°CIRC DINTER1/14°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N°. 19E0190000026

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/01/2019 às 15:00

Complemento o BO Número: 19E0190000024

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/11/2018 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SAO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112 - Bairro: CENTRO - SAO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoal(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (AUTOR | AGENTE)
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M^r: ALEANDRA GENI DA SILVA P^m: GEOVANE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 24/8/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 69, RUA CENTRAL, BAIRRO MULTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M^r: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA P^m: SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 24/8/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DEVSON TORRES DE OLIVEIRA**

Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKM0335 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 158413520 Chassi: 9C2KC16109RD28524

Ano/Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação:

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PRÓPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SAO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICÍPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA; QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SAO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BOE; FEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS; FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SAO JOAQUIM DO MONTE.

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

Giovane M. das. E. filho
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
(VITIMA)
Devson Torres de Oliveira
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
(AUTOR | AGENTE)

B.O. registrado por: JOSE EDSON DE SANTANA ROCHA FERRO - Matrícula: 3873374



05.802.494/0001-1
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, Sl. 902-BL, C.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100/CIRC DINTER1/14/DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0190000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/01/2019 às 14:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/11/2018 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112 - Bairro: CENTRO - SÃO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (AUTOR / AGENTE)
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M^r: ALEANDRA GENI DA SILVA P^r: GEOVANE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 24/8/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 69, RUA CENTRAL, BAIRRO MULTIRÂO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino M^r: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA P^r: SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 24/8/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKM0335 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 158413520 Chassi: 9C2KC16109R028524
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICÍPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA; QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SÃO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BOE; FEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS; FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SÃO JOAQUIM DO MONTE.

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

B. B. B. B.
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
(VITIMA)
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
(AUTOR / AGENTE)

05.802.494/0001-11
TRAÇÃO CORRETA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019
Rua da Aurora, nº 175, 5º andar
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE

B.O. registrado por: JOSE EDSON DE SANTANA ROCHA FILHO - Matrícula: 3873374

14º USPC
14º Gabinete
Grau acusatório

Camocim de São Félix
Pernambuco



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100°CIRC DINTER1/14°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0190000024

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/01/2019 às 14:38

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/11/2018 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112 - Bairro: CENTRO - SÃO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (AUTOR | AGENTE)
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALEANDRA GENI DA SILVA Pai: GEOVANE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 24/8/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 68, RUA CENTRAL, BAIRRO MUITIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA Pai: SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 24/8/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO, que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)
Placa: KKM0335 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 158413520 Chassi: 9C2KC16109R028524
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação -

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICÍPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA; QUE EM VIRTUDE A COLISÃO FOI SOGORRIDO PELO SAMU DE SÃO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HOSPITAL RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BOE; FEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS; FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SÃO JOAQUIM DO MONTE.

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

Blenda m. das s. filhos
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (VITIMA)
Y Devson torres de Oliveira
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (AUTOR | AGENTE)

B.O. registrado por: JOSE EDSON DE SANTANA ROCHA FILHO Matrícula: 3873374
14º USPC
100º Circunscórcia
Camocim de São Félix

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

13/01/2019 15:39



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100°CIRC DINTER1/14°DESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 19E0190000026

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 13/01/2019 às 15:00

Complemento o BO Número: 19E0190000024

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 5/11/2018 no período da Madrugada

Fato ocorrido no endereço: MUNICÍPIO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE, 1, RODOVIA PE 112 - Bairro: CENTRO - SÃO JOAQUIM DO MONTE/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (AUTOR / AGENTE)
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA.

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

GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: ALEXANDRA GENI DA SILVA Pa: GEOVANE MANOEL DA SILVA Data de Nascimento: 24/8/2001 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 69, RUA CENTRAL, BAIRRO MUITIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA Pa: SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 24/8/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MUITIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, que estava em posse do(a) Sr(a): DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/CB 150 Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKKM0335 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 158413520 Chassi: 9C2KC16109R028624
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

A VITIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPA DE UMA MOTOCICLETA DE PROPRIEDADE DE DEVSON TORRES DE OLIVEIRA, SE DESLOCANDO DE SÃO JOAQUIM DO MONTE PARA ESTE MUNICÍPIO QUANDO UM CACHORRO ATRAVESSOU A RODOVIA E O PILOTO TENTOU DESVIAR, VINDO A CAIR COM A MOTOCICLETA; QUE EM VIRTUE A COLISÃO FORA SOCORRIDO PELO SAMU DE SÃO JOAQUIM E DEPOIS PARA O HR EM RECIFE COM LAUDO DE TCE LEVE, CONFORME ANEXO A ESTE BO; PEZ CIENTE ESTA DEPOL PARA FINS DE REGISTROS; FATO DE COMPETÊNCIA DA DELEGACIA DE SÃO JOAQUIM DO MONTE.

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

Giovane m. das s. Filho
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
(VITIMA)
Devson Torres de Oliveira
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: JOSE EDSON DE SANTANA DE SOUZA FILHO - MATR. 000-3873374



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou A5L:

CPF da vítima:

Nome completo da vítima:

437.563.654-42 Geadane Manoel da Silva Filho

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

Nome completo:

Profissão:

Rua:

E-mail:

Endereço:

Cidade:

Estado:

CPF:

Número:

Complemento:

CEP:

Tel (DDD):

53.39668484

53.39668484

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

RENDIMENTO:

REUSSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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: 4995

CONTA: 45973

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(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, restituindo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que [assinalar uma das opções]:

- Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação de existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §2º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Nome de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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



Local e Data: Camocim de São Félix - PE, 31.02.18

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RODO

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: 05.802.494/0001-43

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: TRACAO CORRETORA

DE SEGUROS LTDA

Assinatura: 4 MIR 167

Assinatura: 1993-A Aurora, Nº 375, Sl. 902 Bl. C

Assinatura: 03.06.010

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(* A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe clínica do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.)

NECESSÁRIO ANEXAR CóPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



Unidade Mista Presidente Castelo Branco
Secretaria Municipal de Saúde
SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO

192

Identificação	Médico Regulador <i>DIG Diego</i>	TARM			Operador de frota <i>Hugo</i>
	Data <i>05.11.17</i>	Hora <i>00:05</i>	ID <i>0005</i>	Nº ocorrência <i>4566</i>	Unidade Móvel <i>VSB</i>
	Endereço da ocorrência <i>Hospital UMPB</i>			Base da unidade <i>-</i>	
	Bairro <i>Centro</i>	Município <i>São Joaquim do Monte</i>			Nº <i>PE</i>
	Ponto de referência <i>0 mts</i>				
	Nome da vítima <i>Germânia Morel da Silva Filho</i>				Idade <i>17</i>
Solicitante / Fone				Sexo <i>F</i>	
Cartão de saúde - SUS					
Queixa <i>Transf.</i>					
Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino
Transferência (senha): <i>5549635 - HR</i>					Chegada na base

Tipos de Agravos:
 Acidente Trânsito _____
 Podeste _____
 Condutor do veículo _____
 Passageiro do veículo _____
 Agressão _____
 Clínico _____
 Desabamento / Soterramento _____

Electrocussão
 PAB
 PAF
 Gineco-obstétrico
 Lesões ósseas
 Pediatrício
 Psiquiátrico
 Quase Afogamento

Queda _____ Metro
 Queimaduras
 Térmica
 Química
 Elétrica
 Outros _____

Antecedentes:
 AIDS _____
 Alcoolismo _____
 Alergia _____
 AVC _____
 Cirurgias Realizadas _____

Convulsões
 Diabetes
 Doença Cardíaca
 Doença Infecto contagiosa
 Doença Mental
 Doença Renal

Drogadição
 Hipertensão Arterial
 Intumescções anteriores
 Medicamento _____
 Problemas Respiratórios
 Outros _____

Exame Clínico:
 Principais sintomas / Quebras
 Agitação/agressividade
 Alergia
 Ausência de pulso
 Clamor

Convulsão
 Diarréia
 Dificuldade Respiratória
 Dor Local
 Febre
 Inconsciente / Desmaio

Palidez
 Sangramento
 Vômito
 Outras _____

Início dos Sintomas: Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mais de 4 horas Mais de 24 horas Não sabe

Dados Vitais:

Hora	PM	P脉	PR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Inicio:							
Final:							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:
 Livre
 Ofuximento Parcial
 Total
 Corpo Estranho
 Bronco Aspirado
 Edema da Glote
 OBS

Respiração/Ventilação:
 Espontânea
 Parada Respiratória
 Aspirado
 Rítmo Irregular

Ausculta:
 Normal
 Auscultáveis
 Estenóticas
 Diminuição MV
 Ausência MV

Expansibilidade:
 Normal
 Superficial
 Regular
 Irregular

Achados: Crepitação Enfasema Subcostal Expectorado mucopurulento Hemoptise Hálito Ectico Outros

05.802.494/0001-41

CIRCULAÇÃO:

Pele: <input type="checkbox"/> Cicatriz	<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Únida	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Palidez	<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Outras	TRAÇÃO CORRETIVA
Edema: <input type="checkbox"/> Assente	<input type="checkbox"/> Polipebral	<input type="checkbox"/> M. Inferiores	<input type="checkbox"/> Ómníscaro	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Fino	<input type="checkbox"/> Cheio	<input type="checkbox"/> Ausente	DE SEGUROS LEDA
Perfusão: <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Retardada	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Arteria Pericardio	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Sopro	<input type="checkbox"/> Não realizado		
Pulso: <input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Irregular	<input type="checkbox"/> Ausente						
Ausculta: <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipofluxo	<input type="checkbox"/> Ausente						
ECG: <input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Alterado	<input type="checkbox"/> Ausente						

14 MAR 2019

rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE - PE

Principais Lesões	Cranio	Vias	Perceção	Dorso	Tórax	Abdômen	Pélvis	MS		MI	
								E	D	E	D
Ampolação											
Contusão											
Electrizações											
Estonagemento											
Perforante											
Contusão											
Fract. Fechada											
Fract. Aberta											
Lanugem											
Lesão(s)											
Quimioterapia %											

OBSERVAÇÕES:
 Pac. transferido para o
 H.L.: 554 - 635 possível
 F.R.E.? médico plantonista
 fez um procedimento de
 luxação e fez o destino
 Dr. Queiroz
 Janaldo

EXAME NEUROLÓGICO:

- Agitação
- Somnolência
- Coxa
- Confuso
- Convulsão
- Catarroga Direita
- Otorragia Esquerda
- Sinal Battle Direito
- Sinal Battle Esquerdo
- Sinal de Guernicin Direito
- Sinal de Guernicin Esquerdo
- Rigidida de Neck
- Afasia

- Miosis Direita
- Miosis Esquerda
- Midriase Direita
- Midriase Esquerda
- Paralisia
- Parestesia
- Anestesia

- Paralisia
- Arreflexia
- Pupilas reagente
- Pupilas não reagente
- Outros:

SEGMENTO:

- Pescoco:
- Decurso Traquidio
- Normal
- Turgescência Jugular
- Enfisema Subcutâneo
- Outros:

- Abdômen:
- Distensão Asci
- Doloroso / Defeso
- Equilíbrio/gálio
- Hepatomegalia
- Irritação peritoneal
- Normal
- Outros:

Urogenital:

- Anúria
- Ginecomastia Direito
- Ginecomastia Esquerdo
- Hematuria
- Outros

GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abortamento Hemorrágia vaginal Normal semelhança Outras:
- Trabalho de parto: 01 cont./10m 1-5 cont./10m 3-5 cont./10m Bolso roto Sangramento
- Parto único Genital Líquido sanguinolento
- APGAR: _____
- Nascimento

PROCEDIMENTOS:

- Desobstrução Vias Aéreas
- Entubação Nasotracheal
- Câmla Orofaríngea
- Cricoartrepíndia
- Hemostase Medicina Amb.
- Respirador
- Inalação O2
- Toracocentese cf. águila Direita

- Thoracocentese cf. águila esquerda
- Draininga Torácica Direita
- Draininga Torácica Esquerda
- Massagem Cardíaca Externa
- Desfibrilação/Cardiopulmonar
- Controle Hemorrágia
- Curativo
- Punção Hemoce periférica
- Punção Hemoce Central

- Sonda Gástrica
- Sonda Nasal
- Sedação
- Inibição Músculos
- Colar Cervical
- Tálus/Tração
- Entubação Orotraqueal
- Transtornos
- Monitorização Cardíaca / Oximetria
- Outros

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Reagentes utilizados	Válvulas	Medicações	Dose	Via	Hora
Ringer Lactato					
Sol. Fisiológico 0,9%					
Sol. Glucosada 5,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UFPE - H2

MUNICÍPIO: São José de Jucá - Recife

INTERCORRÊNCIA:

Assinatura e carimbo do médico
 (unidade de destino)

HORA: _____

PERFECIONAMENTO DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viatura	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condutor
<u>Dr. Diego</u>	<u>Dr. David</u>	<u>Janaldo</u>	<u>Janaldo</u>

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE nessa oportunidade: 05.802.494/0001-4

RG ou CPF: _____

Assinatura: _____

TRACÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, sl. 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



Unidade Mista Presidente Castelo Branco
Secretaria Municipal de Saúde
SAMU REGIONAL AGRESTE - REGISTRO DE ATENDIMENTO

192

Identificação	Médico Regulador <i>G. Diego</i>	TARM	Operador de frota <i>Huder</i>			
	Data 05.11.18	Hora	ID 0005	Nº ocorrência 4566	Unidade Móvel VSB	Base da unidade - RR
	Endereço da ocorrência <i>Hospital UMPB</i>		Município <i>João Pessoa</i>		Nº	
	Bairro <i>Centro</i>	Ponto de referência <i>Avenida</i>				
	Nome da vítima <i>Gericane Manoel da Silva Filho</i>				Idade 17	Sexo F
	Solicitante / Fone		Cartão de saída - SUS			

Queixa *Transf.*

Comunicação	Saída da base	Chegada no local	Saída do local	Chegada no destino	Saída do destino	Chegada na base
-------------	---------------	------------------	----------------	--------------------	------------------	-----------------

■ Transferência (senha): *5599635 - HR*

Tipo de Agressão:

- Acidente Trânsito
- Pedreiro
- Condutor do veículo
- Passageiro do veículo
- Agressão
- Clínico
- Desabamento / Soterramento

- Eletricista
- PAB
- FAF
- Gineco-obstétrico
- Lesões Múltiplas
- Pediatras
- Poliquirúrgicos
- Quase Afogamento

- Quase _____ Metro
- Quilômetro
- Térreas
- Química
- Elétrica
- Outros

Antecedentes:

- AIDS
- Alcoolismo
- Alergia
- AVC
- Cirurgias Realizadas

- Convulsões
- Diabetes
- Doença Cardíaca
- Doença Infecto-contagiosa
- Doença Mental
- Doença Renal

- Drogadição
- Hipertensão Arterial
- Internações anteriores
- Medicamento
- Problemas Respiratórios
- Outros

Exame Clínico:

- Principais sintomas / Queixas
- Agitação/agressividade
- Alergia
- Ausência de pulso
- Clonose

- Convulsão
- Diarreia
- Dificuldade Respiratória
- Dor Local
- Falso
- Incapacidade / Desmaio

- Palidez
- Sangramento
- Vômito
- Outros

Início dos Sintomas: Menos de 1 hora 1 a 3 horas Mais de 4 horas Mais de 24 horas Não sabe

Dados Vitais:

Fra	PM	P脉	PR	Temp. Axilar	Glicemias	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:							
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

- Via Aérea:
- Livre
- Obstrução Parcial
- Total
- Corpo Estranho
- Bronco Aspiração
- Edema da Glote
- OBS

Achados: Crise epilética Enfome Subclínico Expectoração mucocinosa Hemoptise Hálito Edáfico Outros

- Respiração/Ventilação:
- Espontânea
- Pausa Respiratória
- Aspirada
- Rítmo Irregular

- Asas das narinas:
- Normal
- Ronco/obstrutivo
- Extensor
- Dihidroxipropílio MV
- Androxipropílio MV

- Expirabilidade:
- Normal
- Superficial
- Regular
- Irregular

CIRCULAÇÃO:

- Pele: Clorose Fria
- Edema: Ascite Edema pulmonar
- Perfusion: Normal Alterado
- Pulso: Regular Irregular
- Arterias: Normal Hipotensão
- ECG: Normal Alterado

- Órbita: Normal Polida Quente Seca
- M. Infantis: Absente
- Assento: Fria Chata Assente
- Átrio Particular: Arritmia Sopro
- Não realizado

COMPREV
 COMPREVA VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

Principais Lesões	Cranio	Visc.	Pele	Dentes	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		ML	
								K	D	K	D
Ampola											
Cortante											
Descolamento											
Exangultação											
Perfuração											
Contuso											
Frat. Fractura											
Frat. Alerta											
Laceração											
Luxação											
Ossificação											
Osteodensidade											

OBSERVAÇÕES:

Pact - transferido zona o
KL: 5549.635 possível
TCE? médico plantonista
faz o encaminhamento de
menino e le o destino
Dr. Queiroz
Janalda

EXAME NEUROLÓGICO:

- Agitação
- Somambulação
- Convulsão
- Confusão
- Coma
- Otorragia Direita
- Otorragia Esquerda
- Olho Sadio Direito
- Olho Sadio Esquerdo
- Olho de Ganchos: Direito
- Olho de Ganchos: Esquerdo
- Paralisia de Nervo
- Paralisia de Nervo
- Outros

- Miopia Direita
- Miopia Esquerda
- Mictina Direita
- Mictina Esquerda
- Paralisia
- Paralisia
- Anestesia

- Paralisia
- Arreflexia
- Pupilas responde
- Pupilas não responde
- Outros:

SEGMENTOS:

- Pescoco
- Derrito Troquida
- Normal
- Turgescência Jugular
- Enfisema Subcutâneo
- Outros:

Abdômen:

- Distensão
- Asci
- Doloroso / Difuso
- Explorável
- Hepatomegalia
- Irritabilidade
- Normal
- Outros:

Urogenital:

- Andro
- Glândula Direita
- Glândula Esquerda
- Uretrite
- Outros

GINECO-OBSTÉTRICO:

- Abertura
- Hemorrágia vaginal
- Normal
- Outros:
- Trabalho de parto: 01 cont/10m
- 1-5 cont/10m
- 3-5 cont/10m
- Bolha rosa
- Sangramento
- APGAR:

Nascimento:

- Toracocentese cr/ agulha expandida
- Draining Torácico Direito
- Draining Torácico Esquerdo
- Monitorização Cardíaca Externa
- Drogarização Conveniente
- Controle Hemorrágico
- Cervito
- Pompão Hemor peripart.
- Pompão Hemor Central

- Sonda Gástrica
- Sonda Nasal
- Sedativo
- Inibição Membra
- Color Cervical
- Tonus/Treco
- Entubação Orotráqueal
- Transporte
- Monitorização Cardíaca / Oximétrica
- Outros

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA:

Receptores voluntários	Válvula	Medicamentos	Doses	Vias	Histórico
Wong Ictecido					
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Clorídico 0,5%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: VHPB - HR

MUNICÍPIO: São Lourenço do Recôncavo - Recife

Assinatura e carimbo do médico
(responsável da destino)

HORA:

INTERCORRÊNCIA:

PERTENÇE DO PACIENTE:	Nome e função de receptor	Assinatura do receptor
Descreva		

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico de visita	Referente / Aux. / Tit. de Refer.	Condutor
Dr. Diego	Dr. David	Janalda	Janalda

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todos os fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, neste oportunidade:

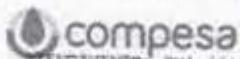
RG ou CPF:

Assinatura:

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



CNPJ 09.789.035/0001-64
INSC. EST. N° 15.1.001.0014398-2
ATENDIMENTO: RUA JOÃO PESSOA - NUM. - 00973 - CENTRO CAMOCIM

DE SÃO FELIX PE 55665-000

ANÚNCIO CLIENTE: 104120860 OUT/2018
ATENDERÁ GÉNÉ DA SILVA MATHICULA
R CENTRAL, N. 00069 - CENTRO CAMOCIM DE SÃO FELIX PE 55665-000
INSCRIÇÃO: 035.810.066.0000.015 GRUPO:4 DER. AUTÔMATICO: 104120860

SUBSÍDIO AGUA: PAGAMENTO: RESIDENCIAL: VENDA DE ECONOMIA PÚBLICA

HISTÓRICO DE CONSUMO: 27/07/2018 26/07/2018: TIPO DE CONSUMO (RE)

AQUA: LEIT.ANT: 602 CONSUMO:13
LEIT.ATU: 615
LEIT.FAT: 615

HISTÓRICO DE CONSUMO REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	VALOR	PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG.	PORT.	ANALISES
			Nº 7.914/11	REALIZ.	ATENDEN-
06/2018	25	TURBIDEZ	23	25	25
06/2018	07	COR APARENTE	23	25	14
07/2018	99	CLORO RESIDUAL	23	25	15
06/2018	03	COLIF. TOTAIS	23	25	25
05/2018	99	E. COLI	23	25	25
04/2018	10		23	25	25
MÉDIA:	08				

Qualidade de Água: www.companhia.com.br

DBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS, AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS;
(2) OS PARÂMETROS COFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA (COLI) E CLORO;
(3) OS INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA;
(4) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL (R\$)
AQUA: RESIDENCIAL: 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE 11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3	20 M3 3 M3	41,30 14,22

RE	55,52	7,00	4,22
Comissão			

VENCIMENTO: 08/11/2018 TOTAL A PAGAR: 55,52
MENSAGEM:

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Rua da Aurora, N° 175, Sl. 902 Bl. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
04777-000



ATENDIMENTO: RUA JOAO PESSOA - NUM. - 00373 - CENTRO CANOCIN
DE SAO FELIX PE 55665-000

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

PACOTE DO CLIENTE ALECANDRA GENTI DA SILVA		MATRÓCULA R CENTRAL, N. 00069 - CENTRO CANOCIN DE SAO FELIX PE 55665-000	1041208860 Out/2018
INSCRIÇÃO: 035.810.066.0000.013 GRUPO:4 DEB. AUTOMÁTICO: 1041208860			

TIPO DE AGUA	POVOAR E RES.	RESIDENCIAL	UNIDADES DE REFERENCIAS COMERCIAL INDUSTRIAL PÚBLICA
--------------	---------------	-------------	--

REF. REFERENCIA	DATA DE REFERENCIA	DATA DE REALIZAÇÃO	REF. DE CONSUMO (AVE)
-----------------	--------------------	--------------------	-----------------------

AQUA			REAL
------	--	--	------

LEIT. ANT: 602 CONSUMO:15

LEIT ATU: 615

LEIT FAT: 615

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018	25	TURBIDEZ	NÚMERO DE AMOSTRAS	
			EXIG. HS A 014/11	PORT. REALIZ.
08/2018	07	COR APARENTE	25	25
07/2018	09	CLORO RESIDUAL	25	25
06/2018	03	COLIF. TOTAIS	25	25
05/2018	09	E.COL.	25	25
04/2018	10		25	25
MEDIA:	08		25	25

Qtdade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS ERAMENHADAS.
(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

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS	CONSUMO	TOTAL(R\$)
AGUA		
RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 HS - R\$ 41,30 POR UNIDADE	10 HS	41,30
11 HS A 20 HS - R\$ 4,74 POR HS	3 HS	14,22

10 COPAS	35,52	7,65	0,92
		7,65	4,22

VENCIMENTO:
08/11/2018

TOTAL A PAGAR: 55,52

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010

DEPIFF.DC

Conta Contrato	Nome	Endereço
004004837784	MARIA DAS GRACAS DA SILVA	RUA SAO JOSE, 809 - MULTIRAO - CAMOCIM DE SAO FELIX - 55665

Visão Detalhada

Período	Data Inicial	Data Final	Faturado (kWh)	Reativo Fat. (KVARh)	Data Vcto	Valor	Data Pgto	
11/2018	18/10/2018	16/11/2018	81,00	0	23/11/2018	68,94		Segunda Via de Fatura
10/2018	15/09/2018	17/10/2018	95,00	0	24/10/2018	81,53	05/11/2018	Segunda Via de

05.802.494/0001-41
 TRAÇÃO CORRETORA
 DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Rua da Aurora, N° 175, 5º 902 BL C
 Boa Vista - CEP: 50.060-010
 RECIFE-PE



CNPJ 09.769.035/0001-64
INSC.EST. Nº 18.1.001.0014398-2
ATENDIMENTO: RUA JOAO PESSOA - NUM. - 00373 - CENTRO CANOCIM
DE SAO FELIX PE 55665-000

ANALISES DE AGUA
ALEXANDRA GENI DA SILVA MATRÍCULA: 104126466 Out/2018
R CENTRAL, N. 00069 - CENTRO CANOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000
INSCRIÇÃO: 035.618.066.0000-015 GRUPO: 4 DEB. AUTOMATICO: 104126460

SERVIÇO DE ÁGUA	SITUAÇÃO	MOTIVO	RESIDENCIAL	COMERCIAL	INDUSTRIAL	PÚBLICA
104126466	27/09/2018	DATA DE FESTIVAL				PERÍODO DE CONSUMO (MESES)

ÁGUA:
LEIT. ANT: 602 CONSUMO: 13
LEIT ATU: 615
LEIT FAT: 615

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

DATA	CONSUMO	NÚMERO DE AMOSTRAS			
		EXIG.	PORT. MS 2.014/11	ANALISES	ATENDIMENTO
09/2018	25	TURBIDEZ	23	23	25
08/2018	07	COR APARENTE	23	25	14
07/2018	09	CLORO RESIDUAL	23	25	15
06/2018	03	COLIF. TOTAIS	23	25	25
05/2018	09	E. COLI	23	25	25
04/2018	18				
MÉDIA:	08				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1)COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2)OS PARÂMETROS COFORMES 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

DESCRICAÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,74 POR M3

CONSUMO TOTAL (R\$)

10 M3	41,30
3 M3	14,22

55,52	7,69	4,22
VENCIMENTO: 06/11/2018	TOTAL A PAGAR: 55,52	MENSAGEM:

PROTÓCOLO
COMPRES
AGÊNCIA RECIFE
31 MAI 2019

Conta Contrato	Nome	Endereço
004004837784	MARIA DAS GRACAS DA SILVA	RUA SAO JOSE, 809 - MULTIRAO - CAMOCIM DE SAO FELIX - 55665

Visão Detalhada

Periodo	Data Inicial	Data Final	Faturado (kWh)	Reativo Fat. (kVARh)	Data Vcto	Valor	Data Pgto	
11/2018	18/10/2018	16/11/2018	81.00	0	23/11/2018	68,94		Segunda Via de Fatura
10/2018	15/09/2018	17/10/2018	95.00	0	24/10/2018	81,53	05/11/2018	Segunda Via de



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu sou Derson Torres de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.228.104-60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Giovane Manoel da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 137.561654-42, do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima Giovane Manoel da Silva Filho inscrito (a) no CPF sob o Nº 137.561654-42, 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 Lider-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	Rua São José	Número	809	Complemento	- casa
Bairro	Multivias	Cidade	Gameirim de São Félix	Estado	PE
Email		Telefone comercial (DDD)	(81) 9665-4814	Telefone celular (DDD)	55665-000

Camocim de São Félix de 02 de 19 05.802.494/0001-81
Local e Data TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Assinatura do Declarante

Av. Aurora, nº 175, SL 902 Bl. C.
Bela Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE - PE



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

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 SUSEP 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 COAF¹.

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu, Dionan Torres de Oliveira, inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.228.104-60, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Giovane Manoel da Silva Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 137.561.654-42, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidade da Vítima Giovane Manoel da Silva Filho, inscrito (a) no CPF sob o Nº 137.561.654-42, 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 Lider-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	Rua São José	Número	809	Complemento	casa		
Bairro	Multiville	Cidade	Gamocim de São Félix	Estado	PE	CEP	55665-000
Email		Telefone comercial (DDD)	(81)	Telefone celular (DDD)	9665-4814		

Camocim de São Félix - PE de 19

Local e Data

Félix

Assinatura do Declarante

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

31 MAI 2019

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Derson Torres de Oliveira,

RG: 9.807.405 data de expedição 24/01/2018

Órgão SPI, portador do CPF 12822810460, com

domicílio na cidade de Pomolim de São Félix, no Estado de Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada) Rua São José, nº 809.

complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Giovane Mamede da Silva Jilva cujo o conduto era Derson Torres de Oliveira

Veículo: moto

Modelo: Honda / CG 150 TITAN

Ano: 2009

Placa: KKM 0335

Chassi: 9C2KC16109R028524

Data do Acidente: 05/11/2018

05.802.494/0001-91
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Rua da Aurora, nº 175, Sl. 902 Bl.
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

Local e data do cartório: Carmo de São Félix, 28/11/2018

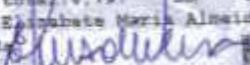
Assinatura do Declarante

Derson Torres de Oliveira

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade!

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CARMÓIM DE SÃO FÉLIX
TITULAR: DANIEL BENedito da SILVA
Telefone: (81) 3743-2088

Reconheço por Autenticidade a(s) assinatura(s) de DERSON TORRES DE OLIVEIRA. Dou fé. Encaminho: R\$ 3,00 TERRI. FERRO: 0,40 Total: R\$ 3,79 Em testemunha: Elizângela Maria Almeida de Oliveira - Escrivana autorizada. Assinatura: 
Selo: 0078028.GER00201803.00050 28/11/2018 10:35:58
Consulta autenticidade em www.tjpe.tj.br/selodigital