

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 12822810460, com

domicílio na cidade de Camocim 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

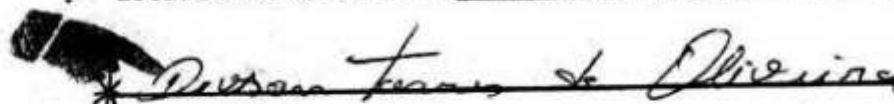
Ano: 2009

Placa: KKM 0335

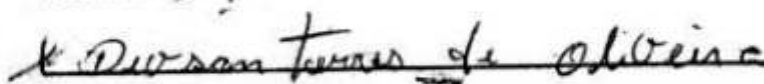
Chassi: 9C2KC36109R028524

Data do Acidente: 05/11/2018

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

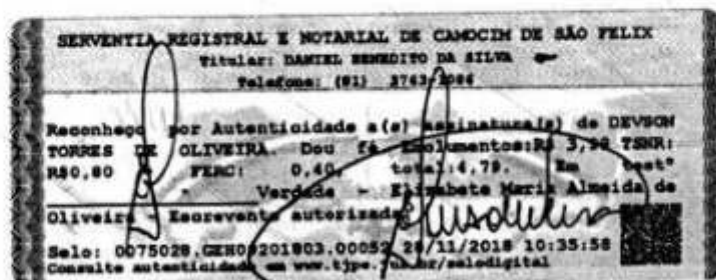
 _____

Assinatura do Declarante

 _____

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I



em
derisamente



PREFEITURA DE
SÃO JOAQUIM DO MONTE
NOVO, RUMO NOVA CIDADE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA/SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

Data 03/11/18 Hora 00:33 Registro 306.365

Nome Uilamir de Siqueira Santos

Data de Nascimento 17/09/1974 Sexo M

Endereço/Procedência Camocim

Naturalidade Camocim Profissão Idoso

Responsável Uilamir de Siqueira Santos Identidade

Peso PA Temp Pulso FC FR HGT

Queixa Principal Queda de moto + TCE e ferimentos

Dados Clínicos de consciência não + 30 min

Hipótese Diagnóstica TCE Grav

Exames Solicitados

Tratamento Proposto A. NCG

Exames Físicos Lesão extensa em fronte e região parietal + 10 cm

Evolução/Prescrição

medicação: 01 AMP + AD, 3ml, EV + AGA

Diazepam 01 AMP + AD, 15V, AGR

Diagnóstico Inicial

Diagnóstico Definitivo

David Xavier
Médico
CRM-PE-26063

DESTINO DO PACIENTE

Admitido p/ observação ☐ Liberação p/ Residência com medicação aplicada ☐

Admitido p/ residência c/ medicação prescrita ☐ Transferência p/ outra cidade ☒

Pedido ☐ Óbito ☐

Referido para

UR - NCR

5543 635

Avenida Estrela Colimbrã Nº 45 - CEP: 55670-000 Fone: 3753-1118

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

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

SECRETARIA
MUNICIPAL
DE SAÚDEUNIDADE MISTA
NOSSA SENHORA DO BOM PARTOREGISTRO Nº: 79.095
DATA: 10/11/2018
HORÁRIO: 11 H 15 MIN.

BOLETA DE ATENDIMENTO - MÉDICO URGÊNCIA E EMERGENCIA

Unidade de origem:

Profissional ACS:

Nome do paciente: Geiziane Mansuel da Silva FilhoGenitora: Alexandra Geti da SilvaData nasc. 24/08/2002 Idade: _____ Sexo: ☒ MASC. ☐ FEM. Cor: _____Endereço: Rua CentralBairro: MutirãoPonto de referência: mercado de zi

Profissão: _____

Nome do acompanhante: _____

☐ Filho ☐ Outro

LOCAL DE OCORRÊNCIA:

TIPO DE OCORRÊNCIA: ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐ AGRESSÃO ☐ OUTROS
☐ ACIDENTE DE TRABALHO ☐ SUICÍDIOPACIENTE CHEGOU: ☐ ANDANDO ☐ AMBULÂNCIA ☐ AUTOMÓVEL ☐ OUTROS

PRESSÃO ARTERIAL: MAX. MIN. PESO: TEMP:

QUEIXA PRINCIPAL:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

EXAMES SOLICITADOS:

TRATAMENTO PROPOSTO:

curator
17:40
J. dos

COMPREV

COMPRESSÃO E PREVIDÊNCIA SIA

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA-RECE

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 Nº: 79.095

DATA 10/11/2018

HORÁRIO: 11 H 15 MIN.

BOLETA DE ATENDIMENTO MÉDICO / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Unidade de origem:

Profissional ACS:

Nome do paciente: Geovane Manoel da Silva Filho

Genitora: Alessandra Gênia da 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 UNDA E PREVIDÊNCIA SIA

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Curator
17:40
Jos

ASSINATURA DO MÉDICO / CRM / CARIMBO

ESTADO DO PACIENTE:

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

DATA HOSPITALAR

DATA: / / 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: Guarara 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)

~~Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA~~

Observação: Retornar para o 10 dia

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



Dr. Pedro Marques

Ortopedista e Traumatologista - CRM 8594



LAUDO DE PERÍCIA MÉDICA PARA DPVAT

☐ DADOS PESSOAIS

Nome do paciente GRANITE LAMAR DA SILVA FILHO

Data de nascimento 24, 06, 2001 RG 10.77209 SDS CPF 137.561.654/42

☐ DADOS CLÍNICOS

Data do primeiro atendimento 05, 11, 2018

Nº do B.O. 19E0190000026

Resumo clínico PARETE VITUAL DE ACIDENTE DE TRÁFICO
SOFRU FORTALEÇA LESÃO C/ PELA DA
COLETA DA

Diagnóstico TCE GRAVE; DITO MODERADO

Tratamento INTENSIVADO HOSPITALAR

Sequelas CEFALIA + EPISÓDIOS DE DESQUEMIO + BOA
CEMICAL AOS EFETOS FÍSICOS

Data da alta ambulatorial definitiva 29, 03, 19

Abreu e Lima, 29 de Março de 2019

Médico (CRM)

Dr. Pedro Marques
Traumatologia-Ortopedia
CRM 8594

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

31 MAI 2019

COMPANHIA DE PREVIDÊNCIA S/A

COMPREV

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.772.098 24/01/2018

<< GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO >>

<< ALEANDRA GEM DA SILVA >>

SÃO JOAQUIM DO NORTE - PE 24/08/2001

<< CN. 415 LAZ F.33V CART. CAMOCIM DE SÃO PÉLIX >>

418041381302080958,7947347 F-79 24.734 - 3033

NO momento de emissão desta Nota Fiscal, a empresa não possui em estoque produtos e serviços que possam ser utilizados para a emissão de notas fiscais.

q'vob'vpuvazuf'vteceder'vww

CÓDIGO DE CONTROLE 476674FEE316113C408.E113C

09R23

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cartão de Pessoa Física

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

137.661.654-42

14 MAR 2019

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cartão de Pessoa Física

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

137.661.654-42

14 MAR 2019

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETORA

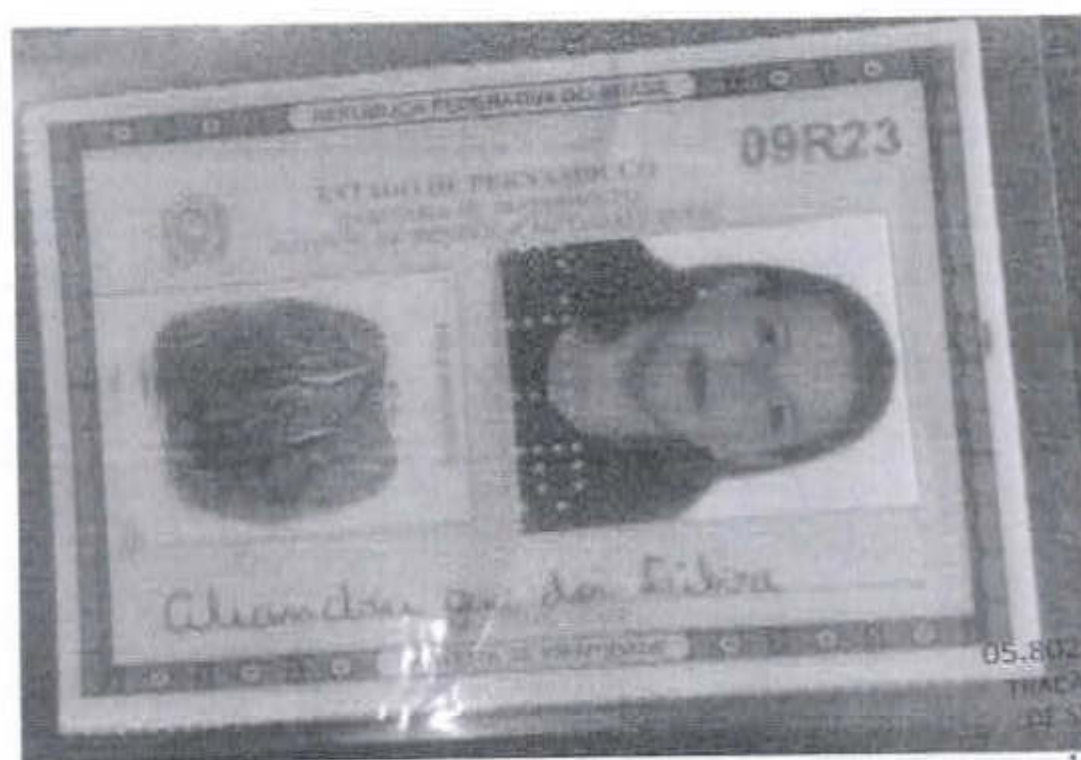
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, 51.902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



05.802.494/0001-41
THIAGO CORRETOIRA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

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

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
 Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
128.228.104-60

Nome
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

05.802.494/0001-41
 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

E09:23

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

14/08/1998

24/08/2013

9.807.405

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA >>
 << SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA >>
 << MAPUA DAS GRAÇAS DA SILVA >>

BONITO - PE

<< CN 1524 L 0204 P 82 CART CAMOCIM
 DE SÃO FELIX-PE 01.10.1998 >>

24/08/1998

14/06/2013

CÓDIGO DE CONTROLE
Q24A.AFC2.1D66.7MA

A autenticidade deste comprovante deverá
 ser conferida na Internet, no endereço
www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
 Secretaria da Receita Federal do Brasil
 54-44 do dia 13/08/2014 (hora e data de Brasília)
 dígito verificador: 90

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 10.772.098 DATA DE EMISSÃO 24/03/2018

NOME << GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO >>

FLUXO << GEOVANE MANOEL DA SILVA >>

<< ALEANDRA GEM DA SILVA >>

NATURALIDADE SÃO JOAQUIM DO MONTE - PE DATA DE NASCIMENTO 24/08/2001

EX. 445 LAZ F. 35V CART. CACOCIN

DE SÃO FELIX - 09.09.2001 7P

CM

418043381303080953,7547347

LEI Nº 7.119 DE 1966

F-75 34.734 - 2023

09R23

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL

CONTABILIDADE DE VANTAGEM

09R23

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 137.561.654-42

Nome GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

Nascimento 24/08/2001

VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

SE: 2023031501010101

(telefone de contato) 0142274051, sup. de 02:14:38

para o sistema de controle

para o sistema de controle

para o sistema de controle

CÓDIGO DE CONTROLE

4V4C74F4E1911E7067C

VALIDA EM TODOS OS TERMINAIS DE PAGAMENTO

9.807.405

14/06/2013

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA >>

SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA >>

MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA >>

BOATO - PE

24/08/1998

DE SÃO FELIX-PE 01.10.1998 >>

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

E09:23

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO E LAJOS DE BOM

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

CARTÃO DE IDENTIDADE

COMPREV

COMPREENSÃO E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

128.228.104-60

Nome

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Nascimento

24/08/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE

CZAAAFGC2.1D86.7MA4

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela

Secretaria da Receita Federal do Brasil

em 31/05/2014 (hora e data de Brasília)

dígito verificador: 08

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
RECIFE-PE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS		DETRAN - PE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO		Nº 013712060598 2017	
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA		DEVSON TORRES DE OLIVEIRA		158413829	
CAMOCIM DE SAO FELIX -		128.226-104-80		KRM0335	
128.226-104-80		9C2KCL6109R02E594		KRM0335	
PAR MOTOCICLETA		ALCO/GASOL		2009	
HONDA/CG150 TITAN MIX ES		2009		2009	
20/149CL		PARTIC		PRETA	
IPVA 2017 QUITADO		2017		2017	
SEGURO FAGO		SEGURO FAGO		SEGURO FAGO	
SEM RESERVA		SEM RESERVA		SEM RESERVA	
CAMOCIM DE SAO FELIX -		27/12/17		27/12/17	
Charles Andrews Souse Ribeiro		Charles Andrews Souse Ribeiro		Charles Andrews Souse Ribeiro	

PE Nº 013712060598 BILHETE DE SEGURO DPVAT
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.segundomilidex.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

CAMOCIM DE SAO FELIX 2017 27/12/17

128.226-104-80 KRM0335

198413820 HONDA/CG150 TITAN MIX ES

1009 09 9C2KCL6109R02E594

PRÊMIO TAFIFÁRIO

Plata 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100% 100%

SEGURO DO BILHETE DPVAT 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17

SEGURO DO BILHETE DPVAT 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17

SEGURO DO BILHETE DPVAT 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17 27/12/17

SEGURADORA LIDER - DPVAT

DESTAQUE E GARDE O BILHETE DPVAT.

COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 31 MAI 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETAN - PE		Nº 014205431704	
CENTENÁRIO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
1	158413520	PLACA	REM0325
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA			
CANOCIM DE SAO FELIX - P 0			
120.228.104-60	OP/OPF	PLACA	REM0325
9C2EC16109R028524	CHASSI		
PAS /MOTOCICLETA		ALCO/GASOL	
HONDA/CG150 TITAN MIX E3		2008 2008	
28/149CL	CAR/ROT/CL	CATEGORIA	COM PRECEDENTE
IPVA 2018 QUITADO		VENO/OUTROS	
SEGURO FRO		PREMIO TOTAL FRO	
SEM RESERVA		OBSERVAÇÕES	
CANOCIM DE SAO FELIX		16/10/18	
Christos Andrews Sousa Ribeiro		16/10/18	
Diretor-Previdente-DETAN/PE			

PE Nº 014205431704		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA			
<p>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA www.seguradorasliber.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204</p>			
CANOCIM DE SAO FELIX		16/10/18	
120.228.104-60	OP/OPF	PLACA	REM0325
9C2EC16109R028524	CHASSI		
HONDA/CG150 TITAN MIX E3		2008 2008	
SEGURO FRO		PREMIO TARIFARIO	
SEM RESERVA		DATA DE OUTRUGO	
CANOCIM DE SAO FELIX		16/10/18	
Christos Andrews Sousa Ribeiro		16/10/18	
Diretor-Previdente-DETAN/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 : 00000000

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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☐ Sim ☒ 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 às 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

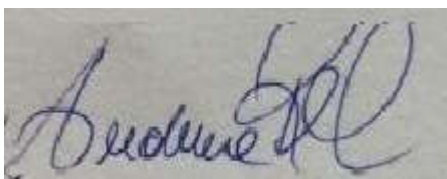
Região Corporal

% 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 transcrito e estarei disponível para perícia agendada pela Seguradora.

Atenciosamente,

VÍTIMA: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

CPF: 137.561.654-42





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 7.107.710 DATA DE EXPEDIÇÃO 19/09/2018

NOME << ALEANDRA GENI DA SILVA >>

FILIAÇÃO << MANOEL SEBASTIÃO DA SILVA >>
<< JOSEFA GENI DA SILVA >>

NATURALIDADE CAMOCIM DE SÃO FELIX - PE DATA DE NASCIMENTO 26/10/1983

DOC. ORIGEM << CN.8272 L.07A F.239V CART. CAMOCIM DE SÃO FELIX-PE 12.06.2008 >>

CPF 056.147.544-07

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

419048062910102914.8963530 F-83 34.874 - 4337



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190357696 **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

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 **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 05/11/2018 **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: 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: 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: 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: 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 Geovane Manoel da Silva Filho
portador(a) do documento de identidade nº 10.772.098 expedido por SDS 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 Devson Torres de Oliveira
portador(a) do documento de identidade nº 9.807.405 expedido por SDS em
19.06.2013 inscrito no CPF sob o nº 128.228.104-60 residente na
Rua São José nº 809
complemento _____, Bairro Mulhuras, cidade
Camocim de São Félix, Estado PE.

Ampla 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 24 de novembro de 2018

Outorgante

Geovane Manoel da Silva Filho
Geovane 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
Boa Vista - CEP: 50.060-010

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE CAMOCIM DE SÃO FELIX	
Titular: DANIEL HEREDITO DA SILVA	
Telefone: (81) 3743-1086	
Reconheço	por Autenticidade a(s) assinatura(s) de
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO, Dn. FA. Insolventes R\$	
3,99 TIGEL R\$0,80 PERC: 0,40, total: 4,79. Em test'	
Verdade	- Elizabete Maria Almeida de
Oliveira	Escrivente autorizada.
Selo: 0075028.VHA09201829.00051 28/11/2018 10:35:33	
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital	

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 SDS em
24/01/2018 inscrito no CPF sob o nº 137.561.654-42 residente na
R. Central nº 69
complemento _____, Bairro Centro, cidade

Camocim de São Felix Estado PE

2. Outorgado Devson Torres de Oliveira
portador(a) do documento de identidade nº 9.807.405 expedido por SDS em
14/06/2013 inscrito no CPF sob o nº 128.228.104-60 residente na
Rua São José nº 809
complemento _____, Bairro Mulhã, cidade

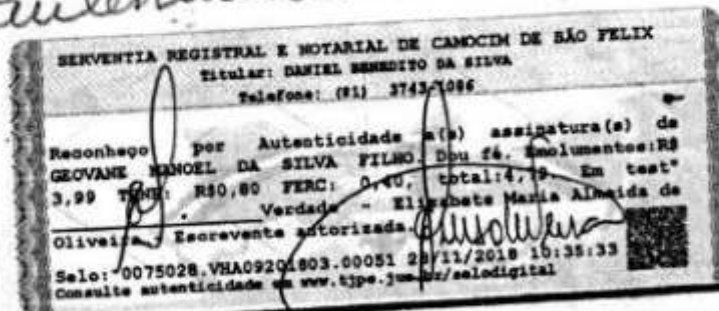
Camocim de São Felix Estado PE

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

Camocim de São Felix 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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA
SILVA FILHO

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

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

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

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

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

DEVSON TORRES DE OLIVEIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/11/2018

Titular do CPF: GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO

CPF de: Próprio

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

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 Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

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



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

Pag. 00141/00142 - carta_02 - INVALIDEZ



Carta nº 14532577

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: ☐ D&M (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 437.563.654-42 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 415/2012

Nome completo: Geovane Manoel da Silva Filho CPF: 437.563.654-42

Profissão: Acusador - de sua Penthal Número: 69 Complemento: _____

Bairro: Centro Endereço: Camocim de São Felix Estado: PE CEP: 55665-000

E-mail: _____ T-UDON: 83.3966848K1

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

RECEITA MENSAL:

☒ RECUSO 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\$5.001,00 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)

AGÊNCIA: 4995 CONTA: 45973 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (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.

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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 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.

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: 05.802.494/0001-11

2º Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: TRACAO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Assinatura: 4 MAR 2019

Local e Data: Camocim de São Felix - PE, 22.02.19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geovane Manoel da Silva Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Cláudia Geni da Silva

Assinatura do Representante (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 SEU NOME, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



05.802.494/0001-43
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

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0000 720 0101
OUBIDOURIA 8800 725 7474

042 007000000-9

11/FEV/019

HORA DE 12:11:47

LOT: 15.015/70-9

TOM: 050003

LOCALIDADE: CAMOCIM DE SÃO FELIX

NO. VINCULADA: 2192

CONTROLE: 370646842

DEPOSITO EM DINHEIRO

4000 013 00015071-2

GENOVE MANUEL DA SILVA FILHO

VALOR

1000

DEPOSITO REALIZADO POR CAIXA ECONOMICA FEDERAL
DO CREDITO EM CONTRA DEBITO DE OUTROS

ESTE RECIBO E VALIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

042 007000000-9

1ª VIA

05.802.494/0001-43
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

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 ASI: _____ CPF da vítima: 137.561.654-42 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: Geovane Manoel da Silva Filho CPF: 137.561.654-42

Profissão: Recuseu-se Endereço: R- Central Número: 69 Complemento: Casa

Bairro: Centro Cidade: Camocim de São Félix Estado: PE CEP: 55665-000

E-mail: _____ Tel. (DDD): (81) 9668-4814

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

RENDA MENSAL: ☒ RECUSO 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\$5.001,00 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)

AGÊNCIA: 0192 CONTA: 77992 02

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora 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.

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 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: _____ Falecidos: _____

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.

Local e Data: Camocim de São Félix, 22/02/19

Nome: _____ CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Geovane Manoel da Silva Filho

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ Assinatura do Procurador (se houver) _____

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____

2ª Nome: 31 MAI 2019 CPF: _____

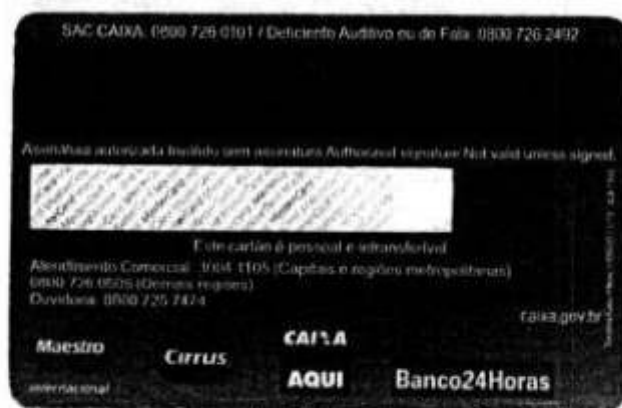
COMPREV

COMPREV VIDA = PREVIDÊNCIA S/A

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



A

Loterias CAIXA

Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

SAC 0800 726 8101
OUVIDORIA 0800 725 7474

042-867994329-9

11/FEV/2019

HORA DE 12:11:47

LOT: 15.815778-9

TERM: 055293

LOCALIDADE: CAMOCIM DE SAO FELIX

CONTROLE: 378840842

Nº. VINCULADA: 2192

DEPÓSITO EM DINHEIRO

4995 013 00015671-2

GEORVANE MANOEL DA SILVA FILHO

VALOR

10,00

DEPÓSITO REALIZADO COM SUCESSO, A PREVISÃO
DO CRÉDITO NA CONTA É DE ATÉ 30 MINUTOSESTE RECIBO É VÁLIDO COMO
COMPROVANTE DE DEPÓSITO

042-867994329-9

0.18 VIA

COMPREV
 COMPREV UNIAO E PREVIDÊNCIA S/A
 31 MAI 2019
PROTOCOLO
 AGÊNCIA RECIFE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

137.561.654-42 Geovane Manoel da Silva Filho

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: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 4995 CONTA: 45971 2 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 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 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.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós/avós? ☐ 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 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Camoelim de São Felix 07/06/2019

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 - DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0190000026**

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

Complementa o BO Número: **19E0190000024**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (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 (VÍTIMA)

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, 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/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, 8, 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: **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

Geovane M. da S. Filho
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
(VÍTIMA)
Devson Torres
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
(AUTOR / AGENTE)

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



05.802.494/0001-11
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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0190000024

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

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO 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 (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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: MUNICIPIO 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 Mãe: MARIA DAS GRAÇAS DA SILVA Pai: SEBASTIÃO TORRES DE OLIVEIRA Data de Nascimento: 24/8/1998 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Residencial: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 6, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MULTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) 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 MUNICIPIO 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

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

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

05.802.494/0001-41

TRACAO 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
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0190000024

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

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO 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 (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 88, RUA CENTRAL, BAIRRO MULTIRÃO - 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: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 8, RUA HELENA MARIA DA SILVA, BAIRRO MULTIRÃO - CEP: 55000-000 - Bairro: CENTRO - CAMOCIM DE SÃO FELIX/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEICULO) 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 160 Objeto apreendido: Não
Quantidade: (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKM0335 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 158413520 Chassi: 9C2KC16109R025524
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 MUNICIPIO 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

Geovane m. da Silva Filho
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
(VÍTIMA)
Devson Torres de Oliveira
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
(AUTOR/AGENTE)

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





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 100ª CIRCUNSCRIÇÃO - CAMOCIM DE SÃO FELIX - DP100ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0190000026

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

Complementa o BO Número: 19E0190000024

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

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO 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 (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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: MUNICIPIO DE CAMOCIM DE SÃO FELIX, 09, RUA CENTRAL, BAIRRO MULTIRÃO - 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: MUNICIPIO 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 (VEICULO) 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: 155413520 Chassi: 9C2KC16109R028524
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: ALCO/GASOL

Complemento / Observação

A VÍTIMA INFORMA QUE ESTAVA NA GARUPE 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

GEOVANE M. DA SILVA FILHO
GEOVANE MANOEL DA SILVA FILHO
(VÍTIMA)
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
DEVSON TORRES DE OLIVEIRA
(AUTOR / AGENTE)

B.O. registrado por: JOSE EDSON DE SANTANA FILHO Matrícula: 3673374



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: 137.563.654-42 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: Geovane Manoel da Silva Filho CPF: 137.563.654-42

Profissão: recusou-se a ser Endereço: Centro Número: 89 Complemento: _____

Cidade: Camocim de São Félix Estado: PE CEP: 55665-000

E-mail: _____ Tel (DDD): 85.33668484

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO 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\$5.001,00 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)

AGÊNCIA: 4995 CONTA: 45973 (informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (informar o dígito se existir)

Autorize 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.

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 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 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 contestar, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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: _____ Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte a 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, 12.02.18 TESTEMUNHAS

Nome: _____ CPF: _____

Nome: _____ CPF: _____

Assinatura: 05.802.494/0001-11

TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

Assinatura: 4 MAR 2018

(*) Assinatura de quem assina A RGO

Geovane Manoel da Silva Filho Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Cleandira Genilda Silva 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 RGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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

Identificação	Médico Regulador	TARM		Operador de frota	
	Data	Hora	ID	Nº ocorrência	Unidade Móvel
	05.11.18		0005	4566	VSB
	Endereço da ocorrência				Base da unidade
	Hospital UMPB				
	Bairro	Município		Nº	
	Ponto de referência	São Joaquim do Monte		PE	
Nome da vítima	G. mesquita				
Solicitante / Fone	Gersonne Manoel da Silva Filho				
Cartão de saúde - SUS					
Queixa					
Transferência					
Comunicação	Saida da base	Chegada no local	Saida do local	Chegada no destino	Saida do destino
Transfêrencia (senha): 5549635 - HR					

<input type="checkbox"/> Tipo de Agravos <input type="checkbox"/> Acidente Trânsito <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Condutor do veículo <input type="checkbox"/> Passageiro do veículo <input type="checkbox"/> Agressão <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Desabastecimento / Soterramento	<input type="checkbox"/> Eletrocução <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> FAP <input type="checkbox"/> Gineco-obstétrico <input type="checkbox"/> Lesões térmicas <input type="checkbox"/> Pedestre <input type="checkbox"/> Psiquiátrico <input type="checkbox"/> Queda Afogamento	<input type="checkbox"/> Queda Metro <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Térmica <input type="checkbox"/> Química <input type="checkbox"/> Elétrica <input type="checkbox"/> Outras
<input type="checkbox"/> Antecedentes: <input type="checkbox"/> AIDS <input type="checkbox"/> Alcoolismo <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Cirurgias Realizadas	<input type="checkbox"/> Convulsões <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Doença Cardíaca <input type="checkbox"/> Doença Infecção contagiosa <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Doença Renal	<input type="checkbox"/> Drogadição <input type="checkbox"/> Hipertensão Arterial <input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Problemas Respiratórios <input type="checkbox"/> Outras
<input type="checkbox"/> Exame Clínico: <input type="checkbox"/> Principais sintomas / Queixas <input type="checkbox"/> Agitação/agressividade <input type="checkbox"/> Alergia <input type="checkbox"/> Ausência de pulso <input type="checkbox"/> Cianose	<input type="checkbox"/> Convulsão <input type="checkbox"/> Diaréia <input type="checkbox"/> Dificuldade Respiratória <input type="checkbox"/> Dor Local <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Incontinência / Demência	<input type="checkbox"/> Palidez <input type="checkbox"/> Sangramento <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Outros
Início dos Sintomas: <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora <input type="checkbox"/> 1 a 3 horas <input type="checkbox"/> Mais de 4 horas <input type="checkbox"/> Mais de 24 horas <input type="checkbox"/> Não sabe		
Dados Vitais:		

hora	PA	Pulso	FR	Temp. Axilar	Glicemia	Saturação O ₂ %	Escala de Glasgow
Início:							
Fim:							

RESPIRAÇÃO:

Via Aérea:

- ☐ Livre
☐ Obstrução Parcial
☐ Total
☐ Corpo Estranho
☐ Bronco Aspiração
☐ Edema da Glote
☐ OBS

Respiração/Ventilação:

- ☐ Espontânea
☐ Porada Respiratória
☐ Assistida
☐ Ritmo Irregular

Ausculta:

- ☐ Normal
☐ Raleos/whistles
☐ Estertores
☐ Diminuição I&V
☐ Ausculta MV

Expirabilidade:

- ☐ Normal
☐ Superficial
☐ Regular
☐ Irregular

Achados:

- ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucopurulenta ☐ Hemoptise ☐ Hólio Estílico ☐ Outros

CIRCULAÇÃO:

Peis:

- ☐ Causa ☐ Fria
☐ Edema ☐ Ausente ☐ Palpebral
☐ Perfusão: ☐ Normal ☐ Retardada
☐ Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular
☐ Ausculta: ☐ Normal ☐ Hipofonoso
☐ ECG: ☐ Normal ☐ Alterado

Unidade

- ☐ Normal ☐ Palidez ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outros
☐ M Inferior ☐ Anasarca
☐ Ausente
☐ Fino ☐ Chato ☐ Ausente
☐ Ritmo Pericardio ☐ Arritmias ☐ Sopros
☐ Não realizado

05.802.494/0001-41

TRAÇÃO CORRETOJA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

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

Principais Lesões	Cabeça	Pescoço	Dorso	Tórax	Abdômen	Pelve	MS		MI	
							E	D	E	D
Amputação										
Contusão										
Exacerbação										
Exangemania										
Perfurante										
Contuso										
Frnt. Fechada										
Frnt. Aberta										
Laceração										
Lesão										
Queladura 5										

OBSERVAÇÕES:
 Pac. fraco, frágil, mas o
 HR: 55/40/35 possível
 TEE? médico plantonista
 fez um suposto de
 morte e foi o destino
 Dr. David
 Javaldé

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonolência
☐ Coma
☐ Convulsão
☐ Convulsão
☐ Otorragia Direita

- ☐ Otorragia Esquerda
☐ Sinal Battle Direita
☐ Sinal Battle Esquerda
☐ Sinal de Gussakov Direita
☐ Sinal de Gussakov Esquerda
☐ Rigidez de Nuca
☐ Afasia

- ☐ Míocse Direita
☐ Míocse Esquerda
☐ Míocse Direita
☐ Míocse Esquerda
☐ Paralisia
☐ Paralisia
☐ Anestesia

- ☐ Paralisia
☐ Arreflexia
☐ Pupila reagente
☐ Pupila não reagente
☐ Outras:

SEGMENTO:

- ☐ Pescoço
☐ Dermo Traquial
☐ Normal
☐ Turgência Jugular
☐ Edema Subcutâneo
☐ Outras:

Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Dolores / Defesa
☐ Espasmos
☐ Hepatomegalia
☐ Splenomegalia
☐ Irritação peritoneal
☐ Normal
☐ Outras:

Urogenital:

- ☐ Anúria
☐ Glósculo Direito
☐ Glósculo Esquerdo
☐ Hematuria
☐ Outras:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ Sencas ☐ Outras:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-3 cont./10m ☐ 3-5 cont./10m ☐ Bolsa rota ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto único ☐ Gemelar ☐ Líquido Meconial ☐ APGAR:

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Intubação Nasotraqueal
☐ Cálculo Orofaringeal
☐ Cricotireoidostomia
☐ Ventilação Mecânica Amb.
☐ Respirador
☐ Inalação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drainagem Torácica Direita
☐ Drainagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação/ Cardioversão
☐ Controle Hemorragia
☐ Curativo
☐ Punção Venosa periférica
☐ Punção Venosa Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Vesical
☐ Sonda
☐ Imobilização Membros
☐ Colar Cervical
☐ Talas/Tração
☐ Intubação Orotraqueal
☐ Traqueostomia
☐ Monitoração Cardíaca / Oximetria
☐ Outras:

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

Resolução	Valores	Medicações	Dose	Via	Horário
Ringer lactado					
Sol. fisiológico 0,9%					
Sol. Glucosado 0,5%					
Outras:					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UMFAR - HR

MUNICÍPIO: São Joaquim do Monte - Recife

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da viagem	Enfermeiro / AUX. / Téc. de Enferm.	Condutor
Dr. Diego	Dr. David	Javaldé	Javaldé

TERMO DE RECUSA:

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

RG ou CPF: / Assinatura: _____

05.802.494/0001-4
 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



☒ Transferência (senha): 5549635 - HR

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

Dados Vitais:

RESPIRAÇÃO:

Via Aerea:

- | | | | |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Livre | Respiração/Ventilação: | Ausculta: | Expansibilidade: |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial | <input type="checkbox"/> Espandível | <input type="checkbox"/> Normal | <input type="checkbox"/> Normal |
| <input type="checkbox"/> Total | <input type="checkbox"/> Parede Respiratória | <input type="checkbox"/> Ruídos Bilaterais | <input checked="" type="checkbox"/> Significativa |
| <input type="checkbox"/> Corpo Estranho | <input type="checkbox"/> Auscultado | <input type="checkbox"/> Extintores | <input type="checkbox"/> Regular |
| <input type="checkbox"/> Bronco Aspiração | <input type="checkbox"/> Ritmo Irregular | <input type="checkbox"/> Diminuído M/Y | <input type="checkbox"/> Irregular |
| <input type="checkbox"/> Edema de Glote | | <input type="checkbox"/> Ausculto M/Y | |
| <input type="checkbox"/> ORS | | | |
- Achados: ☐ Crepitação ☐ Enfisema Subcutâneo ☐ Expectoração mucopurulenta ☐ Hemoptise ☐ Hálito Fétido ☐ Outros

CIRCULAÇÃO:

- Piel: ☐ Clamata ☐ Fria ☐ Umeda ☐ Normal ☐ Palida ☐ Quente ☐ Seca ☐ Outragada
 Edema: ☐ Ausente ☐ Pulsoal ☐ M inferior ☐ Ausente
 Perifusão: ☐ Normal ☐ Escarado ☐ Ausente
 Pulso: ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Fino ☐ Chato ☐ Ausente
 Auscultas: ☐ Normal ☐ Hipofonoso ☐ Arritmia Pericardio ☐ Arritmia ☐ Sopros
 ECG: ☐ Normal ☐ Alterado ☐ Não realizado

☐ Habilita Exatidão ☐ Outros ☒ **COMPREV**
☐ Outros ☒ **COMPREV** VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Principais Lesões	Cabeça	Visão	Orelhas	Dentes	Tronco	Abdômen	Pelve	MI	MI
								K	D
Aspiração									
Contusão									
Ematoma									
Excoriações									
Perforação									
Contusão									
Frnt. Fechada									
Frnt. Aberta									
Laceração									
Laceração									
Quilomastias %									

OBSERVAÇÕES:
 Pac. transferido para o
 HK: 5549635 possível
 TEE? médico plantonista
 fez o encaminhamento de
 mesmo cte. o destino
 Dr. David
 Januário

EXAME NEUROLÓGICO:

- ☐ Agitação
☐ Sonoletargia
☐ Coma
☐ Convulsão
☐ Otorria Direita

- ☐ Otorria Esquerda
☐ Sinal Babinski Direito
☐ Sinal Babinski Esquerdo
☐ Sinal de Gushkin Direito
☐ Sinal de Gushkin Esquerdo
☐ Rigidez de Nuca
☐ Reflexo

- ☐ Adesão Direita
☐ Adesão Esquerda
☐ Músculos Direitos
☐ Músculos Esquerdos
☐ Paralisia
☐ Parestesia
☐ Anestesia

- ☐ Paralisia
☐ Atrofia
☐ Papila sangünea
☐ Papila não sangünea
☐ Outros:

SEGMENTO:

- ☐ Paresia
☐ Derrão Traquial
☐ Normal
☐ Traqueia Jugular
☐ Esfíncter Subglótico
☐ Outros:

Abdômen:

- ☐ Distensão ☐ Ascite
☐ Dor / Defesa
☐ Espandibilidade
☐ Hipermetorismo
☐ Irritação peritoneal
☐ Normal
☐ Outros:

Urgência:

- ☐ Anúrio
☐ Glândula Direita
☐ Glândula Esquerda
☐ Hematúria
☐ Outros:

GINECO-OBSTÉTRICO:

- ☐ Abortamento ☐ Hemorragia vaginal ☐ Normal ☐ Outros:
☐ Trabalho de parto: ☐ 01 cont./10m ☐ 1-5 cont./10m ☐ 5-5 cont./10m ☐ Bolso rotto ☐ Sangramento ☐ Nascimento
☐ Parto físico ☐ Gástrico ☐ Líquido Amniótico ☐ APGAR:

PROCEDIMENTOS:

- ☐ Desobstrução Vias Aéreas
☐ Entubação Nasotranqueal
☐ Cálculo Ovariano
☐ Cricoideotomia
☐ Intubação Mecânica Ambu.
☐ Respirador
☐ Intubação O2
☐ Toracocentese c/ Agulha Direita

- ☐ Toracocentese c/ agulha esquerda
☐ Drainagem Torácica Direita
☐ Drainagem Torácica Esquerda
☐ Massagem Cardíaca Externa
☐ Desfibrilação Cardiorespiratória
☐ Controle Hemorragia
☐ Cerebral
☐ Puncão Vena periferica
☐ Puncão Vena Central

- ☐ Sonda Gástrica
☐ Sonda Nasal
☐ Sonda
☐ Intubação Mucosa
☐ Color Cervical
☐ Tumor Tracheal
☐ Entubação Orotracheal
☐ Traqueostomia
☐ Monitoração Cardíaca / Oximetria
☐ Outros:

Diagnósticos:

TERAPÊUTICA

Terapia	Valores	Medicamentos	Dose	Via	Horário
Respiração ventilada					
Vigilância					
Sol. Hidrolítica 0,9%					
Sol. Clorado 0,9%					
Outros					

DESTINO:

UNIDADE HOSPITALAR: UNIFEB - HR

MUNICÍPIO: Sua. Jaqueira de Jato - Recife

INTERCORRÊNCIA:

PERTENCES DO PACIENTE:

Descrição	Nome e função do receptor	Assinatura do receptor

EQUIPE:

Médico Regulador	Médico da vítima	Enfermeiro / Aux. / Téc. de Enferm.	Condição
Dr. Diego	Dr. David	Januário	Genaldo

TERMO DE RECUSA:

Declaro para todas as fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU REGIONAL AGRESTE, nesta oportunidade:

RG ou CPF: _____

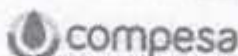
Assinatura: _____

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE



ATENDIMENTO: RUA JOAO PESSOA - N.º 00069 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000

CNPJ 09.769.035/0001-84
INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

ENDEREÇO CLIENTE: ALEXANDRA GENT DA SILVA MATRÍCULA: 104120860 Out/2018
R. CENTRAL, N.º 00069 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000
INSCRIÇÃO: 035.810.000.0000.015 GRUPO: 4 DEB. AUTOMÁTICO: 104120860

TIPO DE AGUA	TIPO DE RESUMO	RESIDENCIAL	INDICADOR DE ECONOMIA	PÚBLICA
COMUM	RESUMO		DOMESTICO	
10/01/2018	DATA LEIT. ANTERIOR	DATA LEIT. ATUAL	LEIT. DE CONSUMO (LIT)	REAL

LEIT. ANT: 802 CONSUMO: 13
LEIT. ATU: 615
LEIT. FAT: 815

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018 25
08/2018 07
07/2018 09
06/2018 03
05/2018 09
04/2018 10
MÉDIA: 08

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXIG. PORT. Nº 2.916/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM. A LEGIS.
TURBIDEZ	23	25	25
COR APARENTE	23	25	14
CLORO RESIDUAL	23	25	15
KOLIF. TOTAIS	23	25	25
E. COLI	23	25	25

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS CONFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA (COLI E CLOR) RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

	CONSUMO	TOTAL (R\$)
ÁGUA RESIDENCIAL: 1 UNIDADE(S)		
ATE 10 M3 - R\$ 41,30 POR UNIDADE	10 M3	41,30
11 M3 A 20 M3 - R\$ 4,22 POR M3	3 M3	12,22

INSCRIÇÃO	03/11/2018	55,52	1,03	6,95
CÓDIGO			7,00	4,22

VENCIMENTO:
MENSAGEM:

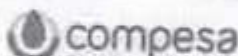
TOTAL A PAGAR: 55,52

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

04777-25



ATENÇÃO: RUA JOÃO PESSOA - MUN. - 08373 - CENTRO CAMOCIM DE SÃO FELIX PE 55665-000

CNPJ 09.769.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

CADASTRO DE CLIENTE
ALEXANDRA GENT DA SILVA MATRÍCULA: 104120880 Out/2018
R CENTRAL, N. 00069 - CENTRO CAMOCIM DE SÃO FELIX PE 55665-000
INSCRIÇÃO: 035.810.066.0000.013 GRUPO: 4 DEB. AUTOMÁTICO: 104120880

SITUAÇÃO DA ÁGUA	TIPO DE SERVIÇO	RESIDENCIAL	COMERCIAL/INDUSTRIAL	PÚBLICA
RESIDENCIAL	DEB. AUTOMÁTICO			
DATA DE INÍCIO	DATA DE FIM	DATA DE REALIZAÇÃO	DATA DE REALIZAÇÃO	DATA DE REALIZAÇÃO
07/09/2018	07/09/2018	20/10/2018	20/10/2018	20/10/2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO
REFERÊNCIA CONSUMO

09/2018 25
08/2018 07
07/2018 09
06/2018 03
05/2018 09
04/2018 10
MÉDIA: 08

PARÂMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
	EXT. PORT. MS 2.014/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDE A LEGIS
TURBIDEZ	23	25	25
COR APARENTE	23	25	14
CLOKO RESIDUAL	23	25	15
COLIF. TOTAIS E COL	23	25	25
	23	25	25

Qualidade de Água: www.compesa.com.br

OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLOKO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS CON E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

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

PARCELAS	55,52	3,03	0,92
TOTAL	55,52	7,60	4,22

VENCIMENTO:
MENSAGEM:

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. I
Boa Vista - CEP: 50.060-010

DEFEIT.DC

Conta Contrato	Nome	Endereço
004004837784	MARIA DAS GRACAS DA SILVA	RUA SAO JOSE, 609 - 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

05.802.494/0001-41

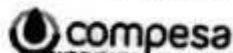
TRAÇÃO CORRETORA
DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Rua da Aurora, Nº 175, SL 902 BL. C

Boa Vista - CEP: 50.060-010

RECIFE-PE



ATENDIMENTO: RUA JOAO PESSOA - MUN. - 00373 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000

CNPJ 09.789.035/0001-64

INSC. EST. Nº 18.1.001.0014398-2

DE SAO FELIX PE 55665-000

CLIENTE: ADELSON DA SILVA MATRICULA: 104120860 OUT/2018
R CENTRAL, N. 00069 - CENTRO CAMOCIM DE SAO FELIX PE 55665-000
INSCRICAO: 035.810.006.0000.015 GRUPO: 4 DEB. AUTOMATICO: 104120860

SITUAÇÃO DA ÁGUA	SITUAÇÃO DO FÓTO	RESIDENCIAL	COMUNIDADE	RECEITA	PÚBLICA
104120860	27/08/2018	20/10/2018	20/10/2018	20/10/2018	20/10/2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO

REFERENCIA	CONSUMO	PARAMETROS	NÚMERO DE AMOSTRAS		
			EXIG. PORT. MS 7.014/11	ANÁLISES REALIZ.	ATENDEM A LEGIS
09/2018	25	TURBIDEZ	23	25	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	10				
MEDIA:	08				

Qualidade de Água: www.compesa.com.br
OBS.: (1) COLIFORMES TOTAIS AUSÊNCIA 95% DAS AMOSTRAS EXAMINADAS
(2) OS PARÂMETROS COLIFORMES TOTAIS, ESCHERICHIA COLI E CLORO RESIDUAL SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES SANITÁRIAS DA ÁGUA
(3) OS PARÂMETROS COR E TURBIDEZ SÃO INDICADORES DAS CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO ASPECTO VISUAL DA ÁGUA

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

55,52	7,00	4,22
-------	------	------

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

COMPREV VIDE C OBRIGACAO S/A

31 MAI 2019

PROIÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Conta Contrato	Nome	Endereço
004004837784	MARIA DAS GRACAS DA SILVA	RUA SÃO 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 COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Darson Torres de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.228.104/60,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Gervane Manoel da Silva Filho inscrito
(a) no CPF sob o Nº 137.561.654/42, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Gervane 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	<u>Rua São José</u>		Número	<u>809</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Multirão</u>	Cidade	<u>Camocim de São Félix</u>		Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	<u>(81)</u>	<u>9665-4814</u>	CEP	<u>55665-000</u>
					Telefone celular (DDD)	

Camocim de São 22 de 02 de 19 05.802.494/0001-81
Félix Local e Data TRACÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA

14 MAR 2019

Darson Torres de Oliveira
Assinatura do Declarante

Boa Vista, Nº 175, SL 902 BL. C
Boa Vista - CEP: 50.060-010
RECIFE-PE

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 Dilson Torres de Oliveira inscrito (a) no CPF sob o Nº 128.228.104/60,
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Geovane Manoel da Silva Filho inscrito
(a) no CPF sob o Nº 137.561.654/42 do sinistro de DPVAT cobertura Invalides da Vítima
Geovane 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 Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço	<u>Rua São José</u>	Número	<u>809</u>	Complemento	<u>Casa</u>
Bairro	<u>Multirão</u>	Cidade	<u>Camocim de São Félix</u>	Estado	<u>PE</u>
Email		Telefone comercial (DDD)	<u>(81) 9665-4814</u>	Telefone celular (DDD)	<u>55665-000</u>

Camocim de São 22 de 02 de 19

Local e Data

Felix

X Dilson Torres de Oliveira

Assinatura do Declarante

COMPREV
VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

31 MAI 2019

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RECIFE

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 12822810460, com
domicílio na cidade de Pomocim 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: 9C2KC16109R028524
Data do Acidente: 05/11/2018
Local e data do cartório: Pomocim de São Félix, 28.11.2018

05.802.494/0001-91
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

Assinatura do Declarante

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

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I

SERVENTIA REGISTRAL E NOTARIAL DE POMOCIM DE SÃO FELIX
Titular: DANIEL REINHADO DA SILVA
Telefone: (81) 3743-2088

Reconheço por Autenticidade a(s) assinatura(s) de DEVSON
TORRES DE OLIVEIRA. Dou fe. Enquadramento: R\$ 3,00 TENDI
R\$0,90 TENDI 0,40 Total: R\$ 3,40 Em test.
Verdade - Elizabete Maria Almeida de
Oliveira - Escrevente autorizada

Selo: 0075028.0000201803.000028 28/11/2018 10:35:58
Consulte autenticidade em www.tjpe.br/seledigital