

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	R.N.T.C.	EXERCÍCIO
1	619559128	*****	2018

NOME
ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

CHA GRANDE-PE

CPF / CNPJ	PLACA		
102.200.264-32	KFD9205		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
***** / PE	9BD146000RS214987		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		
PAS / AUTOMÓVEL	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
FIAT/UNO ELECTRONIC	1994	1994	
CAP / POT / OIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
5P/56CV	PARTIC	VERDE	
I P V A	COTA ÚNICA IPVA 2018 QUITADO	VENC. COTA ÚNICA *****	VENC. / COTAS 1 ^a ***** 2 ^a ***** 3 ^a *****
FAIXA IPVA *****	PARCELAMENTO / COTAS *****		

PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) — IOF (R\$) — PRÉMIO TOTAL (R\$) — DATA DE PAGAMENTO
SEGURADO PAGO

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA

LOCAL
CHA GRANDE
DATA
12/11/18
Charles Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMÓVEIS DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 014484052420 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ANDRE FERREIRA DOS SANTOS

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

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

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 12/11/18

VIA	CPF / CNPJ	PLACA
1	102.200.264-32	KFD9205
RENAVAM	MARCA / MODELO	
619559128	FIAT/UNO ELECTRONIC	
ANO FAB.	Nº CHASSI	
1994	9BD146000RS214987	

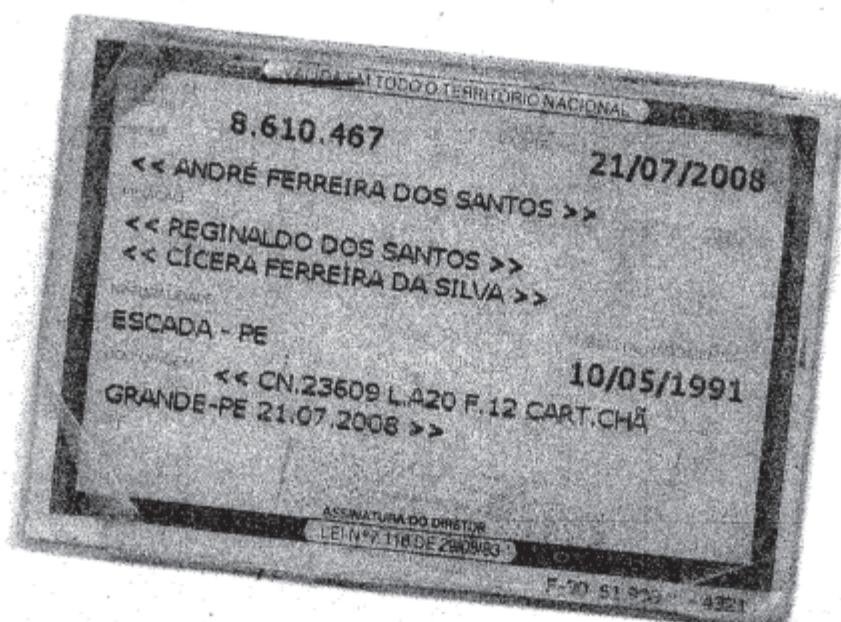
PRÉMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL PAGTO PELO SEG. PAGO (R\$)
SEGURADO PAGO		
PAGAMENTO		
COTA ÚNICA	PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.302/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELA NÃO É DE PORTE OBRIGATÓRIO.







VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1420795265

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575402 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENILSON AGENOR DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO DE 07/12/2018 DR ROBSON KOPKE CRM 20046.

FORAM SOLICITADOS: RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLINICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO. E /OU PROGNÓTICO COM EVOLUÇÃO ATUAL DA SEQUELA, POREM, NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575402 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENILSON AGENOR DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/02/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TORNOZELO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: RELATÓRIO MÉDICO DE 07/12/2018 DR ROBSON KOPKE CRM 20046.

FORAM SOLICITADOS: RELATÓRIO MÉDICO DA INTERNAÇÃO DESCREVENDO DIAGNÓSTICO, EVOLUÇÃO CLINICA, TRATAMENTO REALIZADO E OU EM CURSO. E /OU PROGNÓTICO COM EVOLUÇÃO ATUAL DA SEQUELA, POREM, NÃO FOI ACOSTADO NENHUM DOCUMENTO MEDICO COM TAIS CARACTERÍSTICAS E, SEGUNDO A DOCUMENTAÇÃO MÉDICA DISPONÍVEL, NÃO HÁ LESÕES E/OU SEQUELAS 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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180575402 **Cidade:** Chã Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GENILSON AGENOR DA SILVA **Data do acidente:** 31/08/2018 **Seguradora:** Companhia de Seguros Previdência do Sul

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/12/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: NÃO DEFINIDO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- O BOLETIM DE ATENDIMENTO MÉDICO REALIZADO NO HOSPITAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO, COM FOLHA DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR;
- OU LAUDOS DE EXAMES DE IMAGEM, CASO REALIZADOS DURANTE A INTERNAÇÃO, TAIS COMO: RAIO X, TOMOGRAFIA OU RESSONÂNCIA MAGNÉTICA E DE CONTROLE PÓS PROCEDIMENTO CIRÚRGICO OU TRATAMENTO CONSERVADOR, COM RESPECTIVA IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE SEGURADO E DATA DE REALIZAÇÃO;
- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.

TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

DANOS

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

Rio de Janeiro, 07 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **GENILSON AGENOR DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180575402**

Vítima: **GENILSON AGENOR DA SILVA**

Data do Acidente: **31/08/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **GEYBSON SANTANA DO AMARAL**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180575402**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



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, 11 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180575402

GENILSON AGENOR DA SILVA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), GENILSON AGENOR DA SILVA

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

Documentação médica-hospitalar

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 11 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180575402

Vítima: GENILSON AGENOR DA SILVA

Data do Acidente: 31/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), GENILSON AGENOR DA SILVA

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

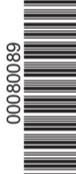
Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: CPF da vítima: Nome completo da vítima:

039.272.924-51

GENILSON AGENOR DA SILVA

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

Nome completo: Profissão: Bairro: E-mail:	Endereço: rua: MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS Cidade: CHIÁ - GRANDE Estado: PR	CPF: 039.272.924-51 Número: 60 Complemento: CEP: 55646-000 Tel.(DDD): 8199228-5097
--	--	--

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

RENDIMENTO MENSAL:

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0843 D 1 CONTA: 28303 5 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização/AT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a rubrica CEP: 52011-040 Graças - Recife PE.

06 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Local e Data, _____	TESTEMUNHAS
	Nome: _____	1º Nome: _____
	CPF: _____	CPF: _____
		Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

2º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

3º Nome: _____
CPF: _____
Assinatura

(*) 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 íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





491037
0442147/18

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

**DELEGACIA DE POLICIA DA 062ª CIRUNSCRICAO - GRAVATA - DP62/CIRC
DINTER/I/2ºDESEC**

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 18E0152004970

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr.(a): **ANDRE FERREIRA DOS SANTOS**, que estava em posse do(a)

Sr.(a): **WILSON DA SILVA LIRA**

Caracteria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/FIAT UNO KFD - 8205**

Cor: **VERDE** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KFD-265** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **1994/1994**

Complemento / Observação

AS VITIMAS RELATAM QUE ESTAVAM NO BANCO TRASEIRO DO VEICULO FIAT UNO KFD - 8205, CONDUZIDO POR WILSON DA SILVA LIRA, QUANDO O MESMO AO PASSAR POR UMA CURVA NA VILA SANTA LUZIA, PE- 071, PERDEU O CONTROLE DO CARRO E O MESMO CAPOTOU, CAUSANDO LESÕES NOS OCUPANTES "VITIMAS", AS VITIMAS SOFRERAM FRATURAS NA COLUNA SERVICAL, SENDO SOCORRIDOS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA, EM GRAVATA.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente(na) esta unidade policial

GENILSON AGENOR DA SILVA * *Genilson Agenor da Silva*
(VITIMA)

AGENOR SEVERINO DA SILVA * *Agenor Severino da Silva*
(VITIMA)

B.O. registrado por: **ELTON FERREIRA BULHÕES** - Matrícula: 319807-3

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

WILSON DA SILVA LIRA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**/Msc: **AURINETE SALES DA SILVA**

LIRA, P.(a): **WILSON DA SILVA LIRA** Data de Nascimento: **10/10/1979** Naturalidade: **NÃO INFORMADO** /

Endereço Residencial: **PERNAMBUCO / BRASIL**

CENTRO - CHA GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

GENILSON AGENOR DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**/Msc: **JOSÉFA HELENA DA SILVA**

R.P.: **AGENOR SEVERINO DA SILVA** Data de Nascimento: **08/10/1981** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**

Endereço Residencial: **PERNAMBUCO/BRASIL**

GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

AGENOR SEVERINO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**/Msc: **HELENA MARIA DA SILVA**

P.R.: **SEVERINO JOSE FERREIRA** Data do Nascimento: **14/01/1980** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /**

Endereço Residencial: **PERNAMBUCO/BRASIL**

GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

ANDRE FERREIRA DOS SANTOS (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**/Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **PERNAMBUCO/BRASIL**

GRANDE/PERNAMBUCO/BRASIL

19/11/2018 14:45 2 de 2

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:

039.272.924-51

Nome completo da vítima:

GENILSON AGENOR DA SILVA

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

Nome completo:

GENILSON AGENOR DA SILVA

CPF:
039.272.924-51

Profissão:

RECUSA

Endereço:

RUA: MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS

Número:
60

Bairro:

ST^o LUZIA

Cidade:

CHIÁ - GRANDE

Estado:

PR

CEP:
55646-000

E-mail:

Tel.(DDD):
8199228-5097

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

RENDIMENTO:

RECUSO INFORMAR

ATÉ R\$1.000,00

R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

SEM RENDA

R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0843

01

CONTA: 48303

5

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização/AT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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 de permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a rubrica CEP: 52011-040 Graças - Recife PE

06 DEZ 2018

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data,

Nome:

CPF:

TESTEMUNHAS

1^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2^a | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Jayme Soárez de Araújo
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 ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do íntero teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SEDE: MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL: DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 31/08/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:05

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 314027

PACIENTE: GENILSON AGENOR DA SILVA

CNS: 708006315353223

GENITORA: JOSEFA HELENA DA SILVA

TELEFONE: (81) 9106-6082

DATA DE NASCIMENTO: 08/06/1981 IDADE: 37

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

ENDERECO: MARIA ALESANDRA DOS SANTOS

Nº: 60

BAIRRO: VILA SANTA LUZIA

CIDADE: CHA GRANDE

UF: PE

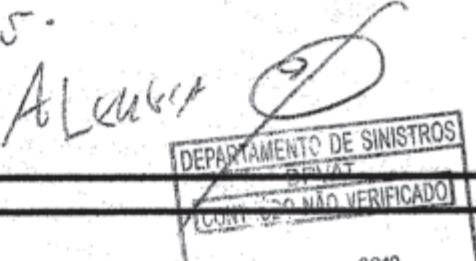
CEP:

PONTO DE REFERENCIA:

ACOMPANHANTE: ESPOSA, SILVANA

HDA

Paciente é trazido de capitólio apresentando dor em peito sem sinal claro de infarto. Ausculta cardíaca e respiratória normal. Abre os olhos a voz.



EXAME FÍSICO

ad: 560,90 g/m²

traumas scapulae - 2fa + 860,91

18:30 d/mor 1 Ps - E.V.

Scans

Marcos Henrique P. da Cunha
Médico
CRM: 24494/PE

Susana R. L. Carvalho
Téc. de Enfermagem
COREN 385602

08:40

SETOR DE ARQUIVO
SME DO H.M.D.P.V.P.

27/10/18

EXAMES SOLICITADOS

Rx

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Mariana Meurato
Médica
CRM: 24494/PE

PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT		P.A.
F.C.		F.R.		

10:40

Morreu dia - 01/03/18

naeve 070,000 Dr. Gabriel Lotero
Médico CRM/PE/25880

10/2018



Dr. Nelson Manoel da Costa
Médico CRM/PE/24488

HORA:

DATA

ALTA

CURADO

MELHORADO

A PEDIDO

TRANFERIDO

ADMINISTRATIVO

ÓBITO

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

30%
DESCONTO NO
PAGAMENTO
DA COTA
ÚNICA

0202-011-143

00005494

GENILSON AGENOR DA SILVA
RUA MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS
CHÁ GRANDE

VILA, ST^E LUZIA
PE

056636000

Seq.
07669

RUA MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS
55636000 VILA, STA LUZIA

PE

PARCELA	VENCIMENTO
COTA ÚNICA	30/06/2018
1 ^a	30/06/2018
2 ^a	30/07/2018
3 ^a	30/08/2018

DESCONTO NO PAGAMENTO DA COTA ÚNICA ATÉ 30/06/2018
O PAGAMENTO APÓS O VENCIMENTO SERÁ ACRESCIDO DE MUITA E JUROS MORATÓRIAS.

- 01 MUDOU-SE
- 02 ENDEREÇO INSUFICIENTE
- 03 NÃO EXISTE C.N° INDICADO
- 04 DESCONHECIDO
- 05 INF. ESCRITURA PELO PORTEIRO
- 06 NÃO PROCURADO
- 07 AUSENTE
- 08 FALECIDO
- 09 RECUSADO
- 10 OUTROS



PREFEITURA
Chá Grande
Uma Nova História

CHÁ GRANDE
LIGADA: 0943
VALOR DO PAGAMENTO
COMPROVANTE DE PAGAMENTO
PM CHÁ GRANDE/PE
VALOR DO PAGAMENTO: 65,29
81/2800000005 602910042018
8063000000087 800002059657
204-61/802437-5



RCHLO
RIACHUELO

MIDWAY
FINANCEIRA



11111111111111111111111111111111
CTC RECIFE PE PL11



GLEYBSON S D AMARAL
RUA RIVALDO BALTAZAR 56
PRADO GRAVATA-PE
55642-155



7211050330009640000006349530100317

RECEBA SUA FATURA POR E-MAIL
MAIS SEGURO | MAIS FÁCIL | MAIS BARATO

2003 4542
Correios e Telécomunicações
8888 705 4542
(Centrais Operadoras)

Data de Postagem: 25/06/2018

Data do Vencimento: 10/07/2018

DNG/000182059



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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu GLEYBSON SANTOS DO AMARAL inscrito (a) no CPF 847.705.894-68, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GENILSON AGENOR DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.272.924-51, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima GENILSON AGENOR DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 039.272.924-51, determinação da Circular Susep 445/12:

<input type="checkbox"/> Declaro Profissão: _____	Renda: _____	e apresento os documentos comprovatórios. 
<input checked="" type="checkbox"/> 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		Número	Complemento
RUA: RIVOLDO BALTAZ		56	
POA DO	GRAVATAÍ	PE	55647-155

Gravataí, 29 de novembro de 2018
Local e Data

Gleyson Santos de Amaral
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANDRÉ FERREIRA DOS SANTOS

RG nº 8.610.467, data de expedição 1/1/
Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 102.200.264-32, com
domicílio na cidade de CHIÁ-GRANDE, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
SITIO NINTO DAS AGUIA, nº _____,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima GENILSON AGENOR DA SILVA cujo o condutor era
WILSON DA SILVA LIRA.

Veículo: AUTOMÓVEL

Modelo: FIAT/UNO ELETRONIC

Ano: 1994

Placa: KFD 9205

Chassi: 9BD146000R5214387

Data do Acidente: 31/08/2018

Local e Data: GRAVATÁ-PE, 21-11-2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATÁ
SE - SÍA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

DATA: 31/08/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 08:05

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 314027

CNS: 708006315353223

PACIENTE: GENILSON AGENOR DA SILVA

TELEFONE: (81) 9106-6082

GENITORA: JOSEFA HELENA DA SILVA

SEXO: Masculino COR: Sem informação

DATA DE NASCIMENTO: 08/06/1981 IDADE: 37

Nº: 60

ENDEREÇO: MARIA ALESSANDRA DOS SANTOS

UF: PE CEP:

BAIRRO: VILA SANTA LUZIA

CIDADE: CHA GRANDE

PONTO DE REFERENCIA:

ACOMPANHANTE: ESPOSA, SILVANA

HDA

Paciente, extrato da Clínica de apresentado, dor em plena
sem causa ótima de respostas. Paciente fumante e respiratório
normal. Abre a borda a suspeita

Alvejada

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

VERIFICADO

EXAME FÍSICO

06 DEZ 2018

Gente Seguradora S/A
Av. Rio Branco, 710
Belo Horizonte - MG

06/10

Cat: 80,9 + 300,00

traqueobrônquio - 200 + 860,00

Abdômen 1º Pro e V.

Sinais

Assinatura do Unha
Médico
CRM: 24084/PE

Assinatura da Enfermeira
TBC de Enfermagem
COREN: 305802

EXAMES SOLICITADOS

SETOR DE ARQUIVO

NAME DO H.M.D.P.V.P.

027/10/18

HD

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Marlene Mourato
CRM: 24084/PE

PREScrição, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MÉDICA E ENFERMAGEM

TEMP.		HGT		P.A.	
F.C.		F.R.			

10:40 - Arrived Bay - 0.04 m

where ~~spq~~ is Dr. Gabriel Lotero
MEXICO
CRIMPE 25880



DS DKZ 2018

Gente Educadora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lapa 5-
Graciosa - Recife PE 52020-6000-0400

HORA:	DATA:	ALTA
<input checked="" type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> TRANSFERIDO <input type="checkbox"/> ADMINISTRATIVO <input type="checkbox"/> ÓBITO		
MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO		
FATURAMENTO / PROCEDIMENTOS		

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

DIAGIMAGEM

Diagnóstico por imagem

PACIENTE: GENILSON AGENOR DA SILVA IDADE: 37 ANOS
MÉDICO SOLICITANTE: DR. ROBSON KOPKE
DATA DO EXAME: 03/09/2018

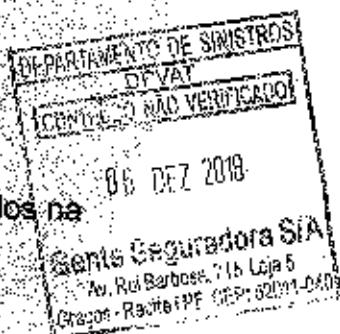
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO ABDOMEN TOTAL

COMENTÁRIOS:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos sem a infusão endovenosa de contraste iodoado.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Fígado de volume normal, com distribuição lobar preservada. Atenuação hepática normal sem sinais de lesões focais. Ausência de dilatação de vias biliares intra-hepáticas.
- Baço com atenuação e volume normais.
- Aspecto tomográfico normal do pâncreas.
- Distribuição habitual de alças delgadas e côlicas.
- Aorta e veia cava de contornos definidos. Não há sinais de adenomegalias retroperitoneais.
- Ausência de imagens sugestivas de líquidos livres e/ou coletados na cavidade abdominal.
- Adrenais tópicas, de forma e volume preservados.
- Rins de atenuação, forma, volume e topografia normais.





DIAGIMAGEM

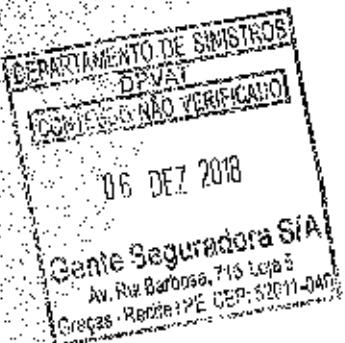
Diagnóstico por imagem

- Bexiga de forma, volume, contornos e situação conservados.

- Redução da altura e linhas de solução de continuidade óssea nos três eixos do corpo vertebral de T12, havendo mínimo desvio dos fragmentos osseos, com hiperattenção por compactação óssea, aspecto compatível com fratura com componente de achatamento, havendo redução de menos de 50% da altura deste corpo e projeção discreta da parede posterior desta estrutura para o interior do canal medular, exercendo efeito compressivo também discreto sobre a parede anterior do cone medular.

- Ressaltamos que o não uso de contraste iodado intravenoso limita a nossa avaliação

Dr. Eduardo Rocha
CRM: 14389



**PACIENTE: GENILSON AGENOR DA SILVA IDADE: 37 ANOS
MÉDICO SOLICITANTE: DR. ROBSON KOPKE
DATA DO EXAME: 03/09/2018**

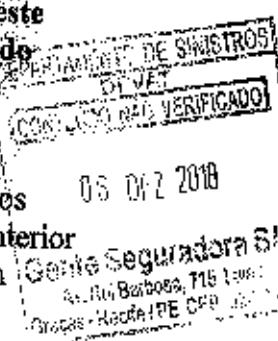
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA LOMBAR

COMENTÁRIOS:

- Os cortes tomográficos computadorizados foram obtidos interessando o segmento lombar L1-L2 até L5-S1.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

- Eixo vertebral preservado.
- Elementos que constituem os arcos posteriores das vértebras focalizadas de aspecto anatômico e mineralização óssea normais, sem sinais de lesões de natureza agressiva.
- Redução da altura e linhas de solução de continuidade óssea nos três círcos do corpo vertebral de T12, havendo mínimo desvio dos fragmentos ósseos, com hiperatenuação por compactação óssea, aspecto compatível com fratura com componente de achatamento, havendo redução de menos de 50% da altura deste corpo e projeção discreta da parede posterior desta estrutura para o interior do canal medular, exercendo efeito compressivo também discreto sobre a parede anterior do cone medular.
- Observamos projeção mediana de base larga, dos contornos posteriores dos discos intervertebrais de L2-L3 e L3-L4, determinando obliteração da gordura epidural anterior e dos recessos laterais, tocando sem deformar a face anterior do cone medular, sem promover redução da amplitude dos forames neurais correspondentes.
- Projeção mediana e paramediana de base larga, dos contornos posteriores do disco intervertebral de L4-L5, determinando obliteração da gordura epidural anterior e dos recessos laterais, tocando a face anterior do cone medular e as porções descendentes das raízes nervosas correspondentes e insinuando-se para ambas as bases foraminais, promovendo leve redução da amplitude dos forames neurais.



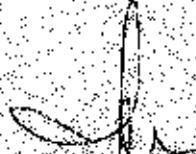


DIAGIMAGEM

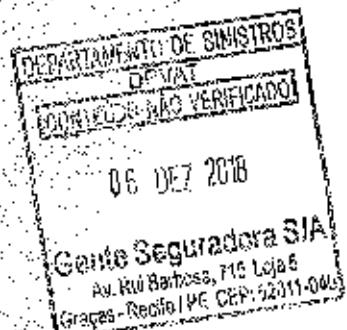
Diagnóstico por Imagem

- Protrusão mediana e paramediana de base larga, dos contornos posteriores do disco intervertebral de L5-S1, determinando obliteração da gordura epidural anterior e dos recessos laterais, tocando a face anterior do cone medular e as porções descendentes das raízes nervosas correspondentes.
- Tecidos moles para-vertebrais sem evidências de anormalidades.

**OBS: EXAME DOCUMENTADO EM 3 FILME (S) RADIOGRÁFICO (S). EVITE EXTRAVIÁ-
LO (S), POIS ARQUIVAMOS EXCLUSIVAMENTE A COPIA DO LAUDO.**



**Dr. EDUARDO ROCHA
CRM. 14389**



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

05 FEV 2019

Gente Seguredora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 5
Recife - PE



Centro Hospitalar Santa Maria
Rua Agamenon Magalhães, S/N
Vitória de Santo Antão - PE

Encaminho para o Dr.
Juizado DPVAT

Paciente em tratamento
de Fratura T12, com f-
ratura de evolução.
No momento está imó-
bilizado do peito ve-
noso ótoperidôntico
ao trânsito, assumiu
com sua ADs. Até
núcleo.

SZZ.O

01/02/18.

01/02/2018 Kopie
Cirurgia e Traumatologia
Unidade de Atendimento
20005 - COD. 12110