

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO
 CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: **TRINALDO DAIXA DA SILVA PONTES**
 DOCUMENTAÇÃO: **4191099 SEP PE**
 CPF: **784.087.504-30** DATA NASCIMENTO: **22/02/1973**
 FILIAÇÃO: **ROSE DAIXA DE PONTES**
ROEMIA GUILHERMINA DA SILVA
 SEXO: **M** COLORE: **B**
 Nº de Registro: **00400827392** VIGÊNCIA: **25/04/2024** EXPIRAÇÃO: **17/01/1994**

CATEGORIA: **A**

Assinatura: *Trinaldo da Silva Pontes*
 LOCAL: **CASUAR, PE** DATA REGISTRO: **19/04/2019**
 Assinatura: *Roberto*
 Nº de Registro: **45543554309**
PERNAMBUCO

SALTA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1823499902

PROVEDOR PLASTIFICAR
1823499902

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014484307665
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VEÍCULO: 000.405.233-22 RÁDIO: 2019

NOME: GERALDO CANDIDO DA COSTA

CARUARU-PE

CPF / CNPJ: 000.405.233-22 PLACA: 22M0221

PLACA ANT. / UF: 22M0221 / PE CHASSI: 902KX1C10C8019879

ESPECIE TIPO: 222 / MOTOCICLISTA CONSTRUÇÃO: ALCO / 2012

MARCA / MODELO: HONDA / CB 150 FAN 151 ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP. POT. / CIL: 22 / 149CL CATEGORIA: FANTIC COR PRECOPIADA: VERMELHA

COTA ÚNICA: IRVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1º VENC. / COTAS: 2º VENC. / COTAS: 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

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

PE Nº 014484307665 BILHETE DE SEGURO DPVAT

GERALDO CANDIDO DA COSTA

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

WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR
SAC DPVAT 0800 022 1204

CARUARU-PE 2019 22M0221

VEÍCULO: 000.405.233-22 PLACA: 22M0221

MARCA / MODELO: HONDA / CB 150 FAN 151

ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CAP. POT. / CIL: 22 / 149CL CATEGORIA: FANTIC COR PRECOPIADA: VERMELHA

COTA ÚNICA: IRVA 2019 QUITADO VENC. COTA ÚNICA: 1º VENC. / COTAS: 2º VENC. / COTAS: 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00,00 PREMIO TOTAL (R\$): 00,00 DATA DE PAGAMENTO: 14/03/19

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190559981 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 7,13.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190559981 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 7,13.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: 3190559981 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 7,13.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida: Sim

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: REANÁLISE CONCLUÍDA E NÃO VISUALIZADO DOCUMENTAÇÃO MÉDICA-HOSPITALAR NOVA QUE EVIDENCIE AGRAVAMENTO DE SEQUELA JÁ INDENIZADA ANTERIORMENTE SEGUNDO LEI VIGENTE. CONDUTA MANTIDA.

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: 3190559981 **Cidade:** Caruaru **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA **Data do acidente:** 01/07/2019 **Seguradora:** CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 07/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO COLO DO FÊMUR ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE PG. 7,13.
ALTA.

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO QUADRIL ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um quadril	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

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

OUTORGANTE:

Nome: GERALDO CANDIDO DA COSTA
brasileiro (a), estado civil: CASADO, profissão: _____
RG nº 10.675.502, CPF/MF nº 008.405.938-99, com
endereço residencial na RUA: POVO DO MONTE, Nº 244 -
SÃO JOÃO DA FLORESTA - CARUARU - PE.

OUTORGADO:

Nome: INULIA BARRA DA SILVA PONTA
brasileiro (a), estado civil: CASADA, RG nº 410699
CPF/MF nº 784.087.504-10, com endereço residencial na
RUA: 23 Nº 261 - LOT. JARDIM BOA VISTA -
CARUARU - PE.

PODERES:

Amplios poderes para praticar os atos administrativos do Seguro Obrigatório -
DPVAT por natureza INULIA da Vitima
GERALDO CANDIDO DA COSTA CPF 008.405.938-99 e
cujo Sinistro ocorrido no dia 01.07.2019.

10 SET, 2019

Caruaru, 10 de setembro de 2019.



Geraldo Candido da Costa

Out.
(Reconhecer)



SERVIÇO NOTARIAL E DE PROTESTO

Sel. CEMOS TOCERN

Reconheço, por autenticidade, a firma de: GERALDO CANDIDO DA COSTA. Em testemunho da verdade. Dou fé. Caruaru/PE, 10/09/2019 - 15:00:30.

NEIDE MARIA DOS SANTOS (SUBSTITUA)
EMOLUMENTOS: R\$3,01, TSNR: R\$0,80, PERC: R\$0,40,
FUNSEG: R\$0,08, FERM: R\$0,04, ISS: R\$0,08
TOTAL: R\$4,31 Operador: 32

Selo: 0073718.GHZ0920190100684



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338754/19

Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA

CPF: 008.405.938-99

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO CANDIDO DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES : 784.087.504-10

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

GERALDO CANDIDO DA COSTA : 008.405.938-99

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 01/10/2019
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Steffany Carolyn Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0338754/19

Número do Sinistro: 3190559981

Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA

CPF: 008.405.938-99

Seguradora: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

Data do acidente: 01/07/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: GERALDO CANDIDO DA COSTA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 31/10/2019
Nome: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES
CPF: 784.087.504-10

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 31/10/2019
Nome: Steffany Carolyn Lins Veloso
CPF: 115.938.994-24

Steffany Carolyn Lins Veloso

Rio de Janeiro, 04 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190559981

Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERALDO CANDIDO DA COSTA

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

Rio de Janeiro, 17 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190559981

Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), GERALDO CANDIDO DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000051

Conta: 00000207087-1

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190559981

Vítima: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Data do Acidente: 01/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), GERALDO CANDIDO DA COSTA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 04/11/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 008.405.938-99 4 - Nome completo da vítima: GERALDO CANABIO DA COSTA

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

5 - Nome completo: GERALDO CANABIO DA COSTA 6 - CPF: 008.405.938-99
7 - Profissão: RECURS INFORMAR 8 - Endereço: RUA PAULO JOSÉ DE MORAES 9 - Número: 244 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÃO JOÃO DA FUSCIA 12 - Cidade: CARUANA 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.019-105
15 - E-mail: (81) 99266-9583

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: ☒ RECURS INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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. Assin de uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 001 CONTA: 20.7087 1 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 (assinlar 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, submeto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem 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

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

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou resíduo(s) de herança? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CARUANA, 15.07.2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 88ª CIRCUNSCRIÇÃO - CARUARU - DP89ªCIRC

DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0179002074

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 22/08/2019 às 16:00

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 1/7/2019 às 09:20

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE CARUARU, 01, ESTRADA E TERRA DO SÍTIO VITURINO**, - Bairro: **CENTRO - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **NAO INFORMADO**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR / AGENTE)
GERALDO CÂNDIDO DA COSTA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): GERALDO CÂNDIDO DA COSTA

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

.. (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: .. Pai: .. Data de Nascimento: **1/1/1930** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

GERALDO CÂNDIDO DA COSTA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **HELENA ALVES DA COSTA**
Pai: **MANOEL CÂNDIDO DA COSTA** Data de Nascimento: **29/6/1955** Naturalidade: **LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **10695502/SDS/PE (RG), 00840593899 (CPF), 03662865304 (CNH)** Estado Civil: **CASADO(A)**
Profissão: **VIGIA** Telefones Celulares: **- 81992669583**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE CARUARU, 244, RUA PAULO JOSÉ DE MORAIS, - CEP: 0 - Bairro: SAO JOAO DA ESCOCIA - CARUARU/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **GERALDO CÂNDIDO DA COSTA** que estava em posse do(a) Sr(a): **GERALDO CÂNDIDO DA COSTA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA HONDA/CG 150 FAN EBI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PFW0311 (PERNAMBUCO/CARUARU)** Renavam: **491386869** Chassi: **9C2KC1670CR613678**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2012**

Complemento / Observação

ESCLARECE O SR.: GERALDO, QUE QUANDO CONDUZIA SUA MOTO NA ESTRADA DE TERRA DO SÍTIO VITORINO, ZONA RURAL DE CARUARU-PE., DEVIDO AO TEMPO CHUVOSO E HAVER MUITA LAMA NA ESTRADA, O MESMO DERRAPOU E CAIU, RESULTANDO SUA MOTO DANIFICADA E SUA PESSOA LESIONADA, TENDO SIDO SOCORRIDO PARA O HRA DESTA CIDADE, ONDE PERMANECEU 09 (NOVE) DIAS, TENDO SIDO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL CASA DA MISERICÓRDIA, ONDE PERMANECEU TRÊS DIAS INTERNADO. OBS.: CONFORME LAUDO DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, ASSINADO PELO MÉDICO: DR. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE, O MESMO RESULTOU COM FRATURA DO FEMUR ESQ, APÓS ACIDENTE DE MOTO, HÁ OCORRIDO HÁ 19 DIAS, O MEMSO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM PLACA E PARAFUSOS, NO MOMENTO, AGUARDANDO CONSOLIDAÇÃO DA MESMA, LOGO, AFASTADO DE SUAS FUNÇÕES LABORAIS POR 120 DIAS.

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

Geraldo Cândido da Costa

GERALDO CÂNDIDO DA COSTA
(VITIMA)

B.O. registrado por: *Cicero Antonio de Paula* - Matrícula: 3849120



22/08/2019 15:49

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 008.405.938-99 4 - Nome completo da vítima: GERALDO CAVIARO DA COSTA

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

5 - Nome completo: GERALDO CAVIARO DA COSTA 6 - CPF: 008.405.938-99
7 - Profissão: RECLAM INFORMAR 8 - Endereço: RUA PAULO JOSÉ DE MORAES 9 - Número: 244 10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: SÃO JOÃO DA FUSCIA 12 - Cidade: CARUARI 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55.019-105
15 - E-mail: (81) 99266-9583

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: ☒ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ 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. Assinle uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 001 CONTA: 20.7087 1 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinlar 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, submeto o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, sem 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

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 resíduo/herança? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar em 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

Assinatura legível de quem assina a rogo/a pedido

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

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

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

38 - 1º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: CARUARI, 15.07.2019

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



RIACHO DAS ALMAS

Governo Municipal

PREFEITURA DE RIACHO DAS ALMAS - PE
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 10.939.000/0001-05

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em atenção do (a) Sr (a) **GERALDO CÂNDIDO DA COSTA**, CPF 008.405.938-99 e RG 10.695.502, que consta nos registros de ocorrências nº 01 do SAMU de Riacho das Almas, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 01 de Julho de 2019, às 09h e 45min, ocorrência, Vila Vitorino, queda de moto, tendo sido enviado a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento à vítima no local, sendo transportado para o Hospital Municipal Local.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos avaliação, imobilização e remoção.

Riacho das Almas, 13/08/2019.

Hosana Gonçalves Leite
COORDENADORA

Coordenadora Municipal da Base

Recebi esta Declaração do SAMU de Riacho das Almas em ____/____/____

Rua Mario da Mota Lima, 93 - Bairro Santa Teresinha, Riacho das Almas-PE
CNPJ nº 10.939.000/0001-05
Fone: (81) 3345-1102

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 10/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: GERALDO CANDIDO DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00051

CONTA: 000000207087-1

Nr. da Autenticação D6394852D7AA16DE

**NOTA FISCAL • FATURA • CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética de Pernambuco
 Av. João de Barros, 111. Boa Vista, Recife - PE CEP 50050-902
 CNPJ 10.835.932/0001-06 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

JOSINEIDE MARIA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA PAULO JOSE DE MORAIS 244

CPF 053.304.654-88

SAO JOAO DA ESCOCIA/CARIUARU

CARIUARU PE

55019-105

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL

RESIDENCIAL

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
073553392	UNICA	18/08/2019

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
16/08/2019	2001587500	082096

CONTRATO

4000757352

MÊS/ANO

08/2019

DATA DE VENCIMENTO

23/08/2019

DATA DE VENCIMENTO PROXIMA LETITIMA

16/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

106,39

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	119,0000000	0,77545172	92,27
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,17
Acréscimo Bandeira VERMELHA			3,57
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,17
ICMS Subvenção-CDE NF 068138588-14/08/19			0,71
PRO CRANÇÁ (081)3412-8980/0800-031 6889			1,50

TOTAL DA FATURA

106,39

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO	Tipo DA	Anterior	Atual	Nº DO	Anterior	Atual	Nº DO
MEDIDOR	1	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA	DATA	LEITURA
7511001	1	18/08/2019	119,0000000	18/08/2019	119,0000000	18/08/2019	119,0000000

TIM S.A.
Av. Marçal Mesquita, 4770
FREGED. APODIADOS - JARDIM BELA-FLOR - PE
CNPJ: 02.421.421/0001-11 - I.E.: 02.5014-09
CNPJ da Matriz: 02.421.421/0001-11

TIM

Página 1 de 2

R\$ 50,89

VENCIMENTO

10/09/2019

EMIÇÃO: 19/08/2019

POSTAGEM: 30/08/2019

FATURA: 3942906191

CLIENTE: 1.75644136

CNPJ: 78408750410

ACESSO: 81.99584-0119

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009131539518013

IMPORTANTE PARA IRINALDO

RESUMO DA SUA CONTA DE 19/JUL A 19/AGO

Serviços TIM S.A.	VALOR
☒ TIM Controle B Plus	R\$ 49,99
☒ OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS	R\$ 0,90

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA MENSALIDADE

Vantagens que seu plano oferece

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
TIM Controle B Plus: 81995840119 (088/PÓS/SMP)	-	-	1	-	-	64,99
TIM Music	-	-	1	-	-	Incluído
TIM Banca Jornais	-	-	1	-	-	Incluído
Desconto Franquia TIM Controle	-	-	3/12	-	-	-9,83
Desconto Serviços VAS TIM Controle	-	-	3/12	-	-	-5,17
Total de Mensalidades						49,99

OUTROS CRÉDITOS E DÉBITOS

Todos os créditos ou débitos lançados em sua fatura

	FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
JUROS: (VENC 10/07/19, PAGO EM 02/08/19)	-	-	1	-	-	0,25

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

IMPORTE TIM S.A.	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUNÇÃO	VALOR	Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (IVA)
CONE	10%	R\$ 52,36	R\$ 5,24	FUNTELE	R\$ 0,11	(Incluído no plano)
PRECOPRIS - Serviço Telesele	2,50%					Franquia(s)
PRECOPRIS - Serviço Telesele	4,40%					IVA
PRECOPRIS - Serviço Telesele	3,25%					Descontos: Franquia(s)
						Descontos: IVA

Em conformidade com a Lei 12.741/12
As contribuições de FUNTELE (0,39%) não são repassadas ao cliente

TIM

Cliente TIM Móvel tem mais comodidade ao cadastrar e emitir em débito automático e ainda ganha um índice de internet todo mês. Para mais informações e condições, acesse www.tim.com.br ou ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

IRINALDO BAIXA DA SILVA PONTES

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009131539518013

MÊS DE REFERÊNCIA
AGO/2019

DATA DE EMISSÃO
19/08/2019

DATA DE VENCIMENTO
10/09/2019

VALOR
R\$ 50,89

VIA BANCO

8452000000 - 4 50890109011 - 0 00394290619 - 3 10131539518 - 2

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



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/BIBLIOTECASWEB/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 IRINEU DA SILVA FILHO inscrito (a) no CPF 784.087.504, 10
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário GENALDO OLIVEIRA DA COSTA inscrito
(a) no CPF sob o Nº 008.425.938 / 99, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima
GENALDO OLIVEIRA DA COSTA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.425.938 / 99, 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 23</u>		Número <u>Nº 261</u>	Complemento <u>ASA</u>
Bairro <u>LOC. JARDIM BOM VISTA</u>	Cidade <u>COMUM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55000-000</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular(DDD) <u>(81) 99584.0119</u>

COMUM, 30 de setembro de 2019
Local e Data

IRINEU DA SILVA FILHO
Assinatura do Declarante



RIACHO DAS ALMAS

Governo Municipal

PREFEITURA DE RIACHO DAS ALMAS - PE
SECRETARIA DE SAÚDE
CNPJ: 10.939.000/0001-05

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins em atenção do (a) Sr. (a) GERALDO CÂNDIDO DA COSTA, CPF 008.405.938-99 e RG 10.695.502, que consta nos registros de ocorrências nº 01 do SAMU de Riacho das Almas, atendimento realizado por esse serviço ao mesmo, no dia 01 de Julho de 2019, às 00h e 45min, ocorrência, Vila Vitorino, queda de moto, tendo sido enviado a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento a vítima no local, sendo transportado para o Hospital Municipal Local.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados no (a) paciente os seguintes procedimentos avaliação, imobilização e remoção.

Riacho das Almas, 13/08/2019.

Hortência Gonçalves Lacerda
CGREPE nº 127.127

Coordenador Municipal da Base

Recebi esta Declaração do SAMU de Riacho das Almas em ____/____/____

Rua: Mano da Nota Limeira, 93 - Bairro: Santa Teresinha, Riacho das Almas-PE
CNPJ nº 10.939.000/0001-05
Fone: (81) 3745 - 1102

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 522012

Prontuário: 341151

Nome: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Data Nasc.: 29/08/1955 Idade: 63

Sexo: MASCULINO

Cor: BRANCA

Religião:

CPF: 00840593899

RG: 12222160

CNS: 700602989746562

Nº: 244

Endereço: RUA PAULO JOSE MORAIS

Bairro: SAO JOAO DA ESCOCIA

Cidade: CARUARU

Estado: PE

CEP: 55012140

Fone: 92669583

Profissão: VIGILANTE

Nome da Mãe: HELENA ALVES DA COSTA

Acompanhante:

Motivo do Atendimento: ACIDENTE MOTOCICLISTICO

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 01/07/2019 12:24

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Queixa principal: dor no braço direito

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

fractura de colo do fêmur

Prescrição:

Dieta:

Data

Horário

Dieta: Dieta Comum

Dr. [Assinatura]

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Data e hora retirada da senha: 01/07/2019 12:10

Nome Paciente: GERALDO CANDIDO DA COSTA
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 29/08/1955
Sexo: Masculino
Idade: 63
Senha: PU0007
Convênio:
Atendimento:
SAME:

Período: 01/07/2019 12:12 - 01/07/2019 12:15

IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade: **POUCO URGENTE**

Cor: **VERDE**

Queixa Principal: PACIENTE ORIUNDO DE RICO DAS ALMAS, VITIMA DE COLISÃO/ MOTO BARREIRA, REFERE DOR EM COXA E (FEMORAL).

Medicamento(s): HA(-), SEM DIABETES

Observação: PACIENTE COM MACA E SENHA N°5717554

Fluxograma sintoma: QUEDAS

Discriminador(es):
- DEFORMAÇÃO?
- EDEMA?
- PROBLEMA RECENTE?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

*01/07/19 a 02/07/19
Paciente em observação,
com dor em coxa e
femur, com trauma*

Dr. Felipe Diego M. P. de Carvalho
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PE 25265 / CRM-BA 30877

02 JUL 2019

Acolhido(a) por: IRAM BARBOSA DA SILVA - COREN: SEN/NUME/ - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

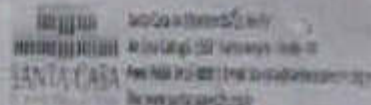
Data Impressão: 01/07/2019 12:15

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

Página 1 de 1

Relatório Médico de Alta

Nome: GERALDO CANDIDO DA COSTA
Reg.: 650275 Pront.: 1179075
Sexo: Masculino Dt. Nasc.: 29/08/1955
Conv.: RETAGUARDA GETULIO



Idade: 63
Admissão: 10/07/2019 10:35 Alta: 14/07/2019 14:07

Admissão

FRATURA EM FÊMUR ESQUERDO

Evolução / Conduta:

OPERADO SEM INTERCORRÊNCIAS

Diagnóstico

Principal S72.1 FRATURA PERTROCANTÉRICA

Internação

Unidade	Admissão	Alta/Transferência	Tempo
ENFERMARIA SÃO LUÍZ	10/07/2019 10:35	14/07/2019 14:07	4 (dias)

Orientação

- 1) Agendar retorno para Drº DANIEL NOBRE para 15 dias;
- 2) Tomar medicação prescrita;
- 3) Realizar RX
- 4) Realizar curativo.

Condição de Alta: Melhorado

Tipo de Alta: Médica

Médico Responsável: Dr. AZARIAS SALGADO DE VASCONCELOS NETO
CRM: 5218

Dr. Azarias Salgado
Traumatologista - Ortopedia
CRM: 6218

Casa de Recife
Solicitação de Exames

Paciente: GERALDO CANDIDO DA COSTA
Telefone: 81991294402

Reg.: 660276 Pront.: 1179075
Dt. Nasc.: 29/08/1955 RG: 12222160

Titular: GERALDO CANDIDO DA COSTA

Unidade: ENFERMARIA SÃO LUIZ

IH No.: 1 Admissão: 10/07/2019 10:36

CID: S721

Data/Hora: 12/07/2019 15:31

Matric:

Leitos: LEITO C1

Convênio: RETAGUARDA GETULIO
OS:

Exames Solicitados:

- 1) RX ARTIC COXO-FEMURAL ESQ
- 2) RX COXA/FEMUR ESQUERDO

Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE

CRM: 19433

Dr. Daniel Barreto de Matos Nobre
CRM: 19433



Santa Casa de Misericórdia do Recife
Av. Cruz Cabugá, 1563 - Santo Amaro - Recife - PE
Fone: PABX 3412-3800 | Email: sta-casa@santacasarecife.org.br
Site: www.santacasarecife.org.br

NOME: GERALDO CANDIDO DA COSTA

DATA: 31/07/2019

LAUDO

FRATURA DO FEMUR ESQ, APOS ACIDENTE DE MOTO, HA 19 DIAS, FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO COM PLACA E PARAFUSOS, NO MOMENTO, AGUARDADO CONSOLIDAÇÃO DA MESMA, LOGO, AFASTADO DE SUAS FUNÇÕES LABORAIS POR 120 DIAS.

S721

Dr. DANIEL BARRETO DE MATOS NOBRE
CRM: 19433

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICA - SAME

DECLARAÇÃO

*Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que
o Sr.(a) Geraldo Cândido da Costa*

Esteve Interno nesta Unidade Hospitalar, no dia, 01/07/2019 a 10/07/2019

Registro: 341151

Diagnostico: Fratura de Colo de Fêmur .

*Tratamento: Cirúrgico (paciente foi transferido para outra unidade Hospitalar
em 10/07/2019)*

OBS: Vitima de Acidente de Trânsito. CID: S72.

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

Caruaru 26 de Agosto de 2019

[Assinatura] 109.794.975/0269-27
HRA - Hospital Regional do Agreste
BR 232 - Km 130
Indianópolis - CEP 55000-000
Setor de Arquivo (SAME)



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o Sr (a) **Geraldo Cândido da Costa** . Esteve Interno nesta unidade de saúde no período do dia **01/07/2019** e foi transferido para outra unidade hospitalar em **10/07/201** , Registro : **341151**

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito. CID:T028.

Desde já nos colocamos a disposição para mais esclarecimentos.

Caruaru, 05 de Setembro 2019

109.794.975/0269-27

FUSAM - Hospital Regional do Agreste

BR 232 - Km 130

Indianópolis - CEP 55000-000

(Caruaru - PE)

setor de Arquivo (same)

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente:

GERMÃO WILSON COSTA

Registro N°:

Clínica:

Leito N°:

DATA

HORA

EVOLUÇÃO

03/07/19

HD. Ex. (042 Fm2 @)

Paciente com enterocolite
S/ enterocolite

DI. Abundante
Solu-to L. 20

**SUS**Sistema Único de
Saúde Ministério da Saúde**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2427419

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Geraldo Candido da Costa

6 - Nº de identificação

341151

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

71010610291917416512

8 - DATA DE NASCIMENTO

29/08/55

9 - SEXO

Masc. ☒ Feme. ☐

10 - PAZ

1

11 - NOME DA MÃE

Helena Alves da Costa

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Rt L.T. de 4 tent.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Amalor ex -

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx

5d

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Rt L.T. de 4 tent.

24 - CID 10 PRINCIPAL

T028

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intubação por via oral

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01301801019

29 - CLÍNICA

Artigal

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Hos. L.T. de 4 tent.

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

08/07/19

35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. [Assinatura]

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

PE-40-004

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

Dr. Waldemir
CRM 1189
CPF 198.366.034-04

261910405177-3

#EVOLUÇÃO ORTOPEDIA#

LEITO 22

DATA: 10/07/2019

NOME: GERALDO CANDIDO 64 ANOS

ADMISSÃO: 03/07

HD: FRATURA TRANSTROCANTERICA DIREITA

MECANISMO DE TRAUMA: ACIDENTE DE MOTO

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL SEM QUEIXAS OU INTERCORRENCIAS, DIURESE +.

CONDUTA: - VPM

Dr. M. Alves
11/07/2019 14:00







Laudo
Ortopédico
Dr. Paulo de Tarso Silveira Claudino
CRM 11014

Membro titular da Sociedade Brasileira
de Ortopedia e Traumatologia.

Geraldo Cândido da Costa
C.I.D. - 572

Fratura transtrocanteriana
do fêmur esquerdo, operada
em julho de 2019. (No momento
fratura consolidada (uso de
muletas), com discreta
claudicação e encurtamento
mínimo no membro inferior.
Fratura em 01/Julho/2019.
Queda de motocicleta (sic)

29/10/19

Dr. Paulo de Tarso
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11014

Av. Pedro Jordão, 1252 - Maurício de Nassau - Caruaru - PE
Fones: (61) 3722.2202 - 3045.4588

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TACARES BUIE

EC-5



Geraldo Candido da Costa
SIGNATUTA EN: TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

10.695.502

DATA DE
EXPEDIÇÃO

25/10/2017

Nome

<< GERALDO CÂNDIDO DA COSTA >>

FILIAÇÃO

<< MANOEL CÂNDIDO DA COSTA >>

<< HELENA ALVES DA COSTA >>

NATURALIDADE

LIMOEIRO - PE

DATA DE NASCIMENTO

29/08/1955

DOC ORIGEM

<< CC. 5.443 L.B19 F.126 CART. SÃO
CAETANO-PE 31.03.1979 >>

CPF

008.405.938-99

Paulo de Carvalho

A: BARBOSA TEIXEIRA DE CARVALHO

LEI Nº 7.746/1990

1017726000711124116.7744610

GERENTE DO INO F-76 347.417 - 4.522