

EC-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

PROTEÇÃO DE DADOS DE IDENTIDADE

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Gleyson Santana do Amaral




DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gea Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.162 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017

NOME << GLEYSSON SANTANA DO AMARAL >>

FILIAÇÃO << RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

DCC ORIGEM << 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

0000565 60 RECIFE-PE >>

CPF 847.705.894-68

Ass. Patrícia C.G. Alencar

Ass. Patrícia C.G. Alencar

LEI Nº 7.116 DE 28/06/63

101728001210128567661186

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

Gea Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - PE
Nº 014486638685
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

COB-RENAVAM
1 1012735580
2019

CLÉSIO GOMES DA SILVA
GRAVATA-PE

032 612 544-24
PLACA ANT / CNPJ
OYM9377

PLACA ANT / CNPJ
OYM9377

ESPECIE TIPO
PAS / MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL
ALCOOL/GASOL

ANEXO
2014

CATEGORIA
PARTIC

IPVA 2019 QUITADO

PREMIO TARIFARIO (R\$)
80.11

AL. FID. BANCO ITAUCARD SA

GRAVATA MORENO

17/01/19

DETRAN

DETRAN

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 6
Recife - PE CEP: 52011-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11 5
Recife - PE

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

PE Nº 014486638685 BILHETE DE SEGURO DPVAT
CLÉSIO GOMES DA SILVA
RUA JOAO MARCOS ALBUQUERQUE 89 55643-215
CS BAIRRO NOVO GRAVATA-PE

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
2019

DATA EMISSÃO
17/01/19

PLACA
OYM9377

RENAVAM
1012735580

ANEXO
2014

PREMIO TARIFARIO

PREMIO (R\$)
80.11

CUSTO DO BILHETE (R\$)
4.15

DATA DE QUITAÇÃO
16/01/19

PARCELADO

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0300051/19

Vítima: CLESIO GOMES DA SILVA

CPF: 032.612.544-24

Seguradora: Investprev Seguradora S/A

Data do acidente: 10/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CLESIO GOMES DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

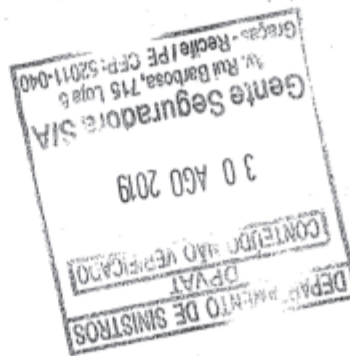
Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

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

CLESIO GOMES DA SILVA : 032.612.544-24

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: 30/08/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190507725 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLESIO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 10/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º ARCOS COSTAIS DIREITOS,
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.1
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DE ACORDO COM DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA , NÃO SE EVIDENCIA EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS
PERMANENTES.

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: 3190507725 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CLESIO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 10/05/2019 **Seguradora:** Investprev Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 09/09/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO 2º AO 5º ARCOS COSTAIS DIREITOS,
FRATURA DA CLAVÍCULA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR P.1
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DE ACORDO COM DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA , NÃO SE EVIDENCIA EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS
PERMANENTES.

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

Rio de Janeiro, 10 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190507725

Vítima: CLESIO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), CLESIO GOMES DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 27/08/2019, emitido pelo Dr. ALEXANDRE BEZERRA CRM nº 5704 - PE, da Instituição PREFEITURA DE GRAVATÁ, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 02 de Setembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190507725

Vítima: CLESIO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 10/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CLESIO GOMES DA SILVA

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

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:

03261254424 *Clésio Gomes da Silva*

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0943

CONTA:

44482

0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 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 a 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE

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 (val 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 a qualquer beneficiário 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:

Gravata 30 junho 2019

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Clésio Gomes da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Gláucia S. de A. A.
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: *30 AGO 2019*

CPF:

Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-000

2ª 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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE CEP: 52011-040

TRATAMENTO
ANAL



3190410804 532864
del 0224457119

Pegor
20/08/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152002325**

54472
0300051/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **06/06/2019** às **17:26**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **10/5/2019** às **10:03**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, PRÓXIMO À CADEIA DE GRAVATÁ -**
Bairro: **CENTRO - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
CLESIO GOMES DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **CLESIO GOMES DA SILVA**



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

CLESIO GOMES DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: DOMITELE OLIVEIRA DA CONCEIÇÃO Pai: **JOSE GOMES DA SILVA** Data de Nascimento: **24/1/1980** Naturalidade: **CHA GRANDE / PERNAMBUCO / BRASIL**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 89, RUA JOÃO MARCOS ALBUQUERQUE - CEP: 0 - Bairro: BOA VISTA - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO À ESCOLA MARIA MENINA**

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

01 MOTO HONDA BROS PLACA OYM-9377 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **CLESIO GOMES DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CLESIO GOMES DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **OYM-9377 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)**

Descrição: **NXR 150 BROS ES**

Complemento / Observação

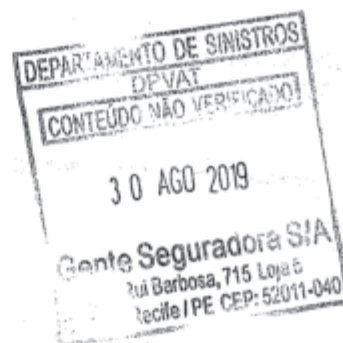
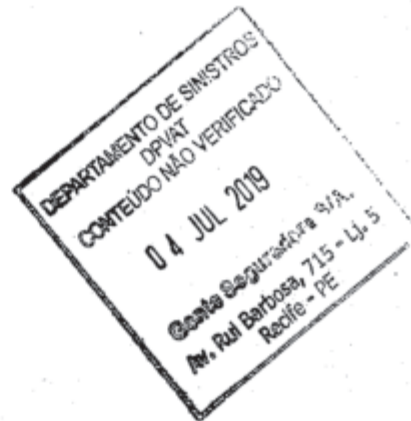
A VÍTIMA INFORMA QUE VINHA PILOTANDO A SUA MOTO HONDA BROS, COR PRETA, PLACA OYM-9377,

PRÓXIMO À CADEIA DE GRAVATA, QUANDO PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO, OCASIONANDO O ACIDENTE. NO ACIDENTE, A VÍTIMA SOFREU A QUEBRA DA CLAVÍCULA E DE DUAS COSTELAS, CONFORME A FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO DO HOSPITAL DR. PAULO DA VEIGA APRESENTADA NESTA DELEGACIA. DIANTE DO FATO, A VÍTIMA PROCUROU ESTA DEPOL PARA REGISTRO DA OCORRÊNCIA.

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


CLESIO GOMES DA SILVA
(VITIMA)


B.O. registrado por: **DEISE BARBOSA FIGUEROA FARIA** - Matrícula: **3875113**



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:

03261254424 *Clésio Gomes da Silva*

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

Nome completo:

Profissão:

Endereço:

CPF:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

Estado:

E-mail:

CEP:

Tel. (DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ 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 OPÇÃO DE CONTA

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 0943

CONTA: 44482

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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 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 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 avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE

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 (val 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 a qualquer beneficiário 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, *Gravata 30 junho 2019*

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Clésio Gomes da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Gláucia S. de A.
Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: *30 AGO 2019*

CPF:

Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife - PE CEP: 52011-900

2ª 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 inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA PARA REALIZAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

MÉDICOS

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

DATA DA SOLICITAÇÃO:

10/05/19

HORA:

DATA DO ATENDIMENTO NA UNIDADE DE ORIGEM

16/05/19

NOME DO PACIENTE

CLARA GOMES DI LIMA

ENDEREÇO DO PACIENTE

JOÃO ANILDO, JARDIM

IDADE:

39

TELEFONE:

DIAGNÓSTICO:

Problema de 20 ao 50 anos (C) e (C) (C) (C)

HISTÓRIA REDUZIDA DO PACIENTE:

Primeira com história de resumo remoto de 2 anos, ou seja, com 20 anos de história de resumo remoto de 20 ao 50 anos (C) e (C) (C) (C)

DM HGE 269

SINAIS VITAIS:

PRESSÃO ARTERIAL:

X

mm/Hg

F. CARDÍACA:

bpm

F. RESPIRATÓRIA:

lpm

TEMPERATURA:

°C

NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:

☒ ALERTA

☐ VERBAL

☐ SONOLENTO

☐ CONFUSO

☐ SEM RESPOSTA

GLASGOW:

EXAME FÍSICO:

SIM NÃO

(+ ++ +++ ++++)

DESIDRATADO

DEMNUTRIDO

SIM NÃO

(+ ++ +++ ++++)

CLÁSSICO

OTÍTICO

DOENÇAS ASSOCIADAS

☒ DIABETES

☒ HAS

IC

SEQUELA AVC

DPOC

OUTRAS

PRESCRIÇÃO REALIZADA

DOSAGEM

MEDICAÇÃO EM USO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

EXAMES COMPLEMENTARES:

ECG

NORMAL

ALTERAÇÕES

TOMOGRAFIA

LABORATORIAL

RX TORAX

RX ABDOME

OUTROS

HT

LEUCO

QPK

TGO

TGP

AMILASE

URINA

RELACIONAR OUTRAS EXAMES REALIZADAS

HOSPITAL DE DESTINO:

Hospital de destino de 16/05/19

MÉDICO RESPONSÁVEL:

Emiliano Barbosa Barata

Méico

11

SERIE CENTRAL

5680957

SERIE SAMU

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DR. PAULO DA VEIGA PESSOA

FICHA COMPLEMENTAR DE TRANSPORTE DE PACIENTES

MUNICIPIO ORIGEM: GRAVATÁ	SENHA REGULAÇÃO:	DATA:	HORARIO:
ENCAMINHADOR	TRANSPORTE	RECEPTOR	
MEDICO:	MEDICO:	MEDICO:	
CRM:	CRM:	CRM:	

CONTROLE DE HORÁRIOS DO MOTORISTA

SAÍDA	HORA DE CHEGADA	HORA LIBERAÇÃO AMBULANCIA	RETORNO AO MUNICIPIO
MOTORISTA:			PLACA VTR:

PREENCHIMENTO PELA ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM:

DIAGNÓSTICO DE ENTRADA:

EXAMES ACOMPANHADOS:

CONDUTAS REALIZADAS:

SINAIS VITAIS:

PA: _____ / _____ mmHg Temp. _____ °C

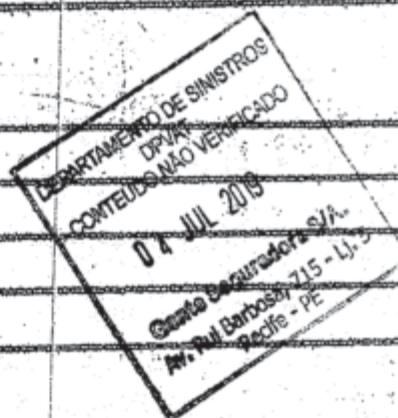
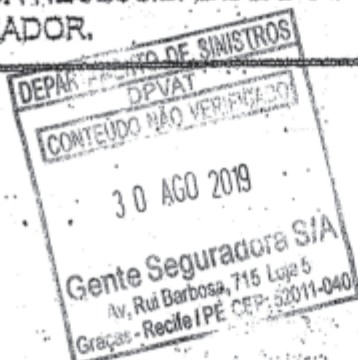
VENTILAÇÃO ESPONTÂNEA () OU ASSISTIDA ()

USO DE DROGAS VASOATIVAS? SE SIM, QUAL (AIS)?

INTECORRENCIAS DURANTE O TRANSPORTE () N () S QUAIS?

AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU SEU RESPONSÁVEL PARA TRANSFERÊNCIA

EU, _____
RG Nº _____ ORG. EXP. _____ UF _____
NA CONDIÇÃO DE: () PACIENTE/ () ACOMPANHANTE AUTORIZO A TRANSFERÊNCIA,
ESTANDO CIENTE DA NECESSIDADE E DOS RISCOS INERENTES, INFORMADOS A MIM PELO
MÉDICO ENCAMINHADOR.





Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50090-902
CNPJ 10.835.932/0001-09 | Ins. Est. 06.09943-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
SIVANEIDE DANTAS DA SILVA

CPF: 089 844 354-39

CLASSIFICAÇÃO
BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOÃO MARCOS ALBUQUERQUE 89

BAIRRO NOVOGRAVATA
GRAVATA PE
55643-215

Nº DA NOTA FISCAL: 040770755
Série: ÚNICA
Emissão: 09/02/2019
Nº DA INSTALAÇÃO: 5734548
Nº DO CLIENTE: 2012373088
Data de Vencimento: 08/02/2019

CONTA CONTRATO: 7016499190
MÊS: 02/2019
DATA DE VENCIMENTO: 15/02/2019
DATA PRÉVISTA PROXIMA LEITURA: 12/03/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 109,95

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL			
QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)	
139,0000000	0,73479953	99,93	
		7,74	
		2,11	
		0,17	
			109,95

Consumo Ativo (Wh)
Consumo Sum. Pública Municipal
Multa por atraso - NF 048148278 - 10/01/19
Juros por atraso - NF 048148278 - 10/01/19

TOTAL DA FATURA

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	LEITURA	ATUAL DATA	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (KWH)
313010950	CA1	10-01-2019	5 615,00	09-02-2019	5 751,00	29	136,00

COMPOSIÇÃO CONSUMO			
GERAÇÃO DE ENERGIA	R\$	71,72	51,75%
TRANSMISSÃO	R\$	4,70	4,30%
DISTRIBUIÇÃO (CELPE)	R\$	21,87	20,00%
PERDAS DE ENERGIA	R\$	0,91	0,83%
ENCARGOS SOCIETÁRIOS	R\$	6,65	6,05%
TRIBUTOS	R\$	26,90	24,50%
TOTAL	R\$	96,81	100%

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS			
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	
ICMS	21,00	24,90	
PIS	0,75	3,30	
COFINS	3,00	3,30	

ADICIONAIS APLICADOS	
2 - Consumo Ativo (Wh)	6,50 - 100,00%

ADICIONAIS APLICADOS	
1 - Consumo Ativo (Wh)	6,50 - 100,00%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pagamento por meio de boleto bancário ou depósito em nome da Companhia Energética de Pernambuco - Celpe. O valor do boleto é de R\$ 109,95. O prazo de validade do boleto é de 15 dias. O cliente deve pagar o boleto até o dia 15/02/2019. O valor do depósito deve ser depositado em nome da Companhia Energética de Pernambuco - Celpe. O prazo de validade do depósito é de 15 dias. O cliente deve depositar o valor até o dia 15/02/2019. O valor do depósito deve ser depositado em nome da Companhia Energética de Pernambuco - Celpe. O prazo de validade do depósito é de 15 dias. O cliente deve depositar o valor até o dia 15/02/2019.

Atenção: Se você não pagar o boleto ou o depósito até o dia 15/02/2019, a Celpe poderá interromper o fornecimento de energia elétrica em sua residência. Para mais informações, consulte o site www.celpe.com.br.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Grupos - Recife/PE - CEP: 52011-040



| 237-2 |

2379415009 91510.607586 16000.224507 9 00000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770589468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Secador/Assinatura

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 AGO 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Recife/PE CEP: 52011-040

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 Santana de Amaral inscrito (a) no CPF 847 705 894 - 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Claris Gomes da Silva inscrito
(a) no CPF sob o Nº 032612544/24 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Claris Gomes da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 032612544/24, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

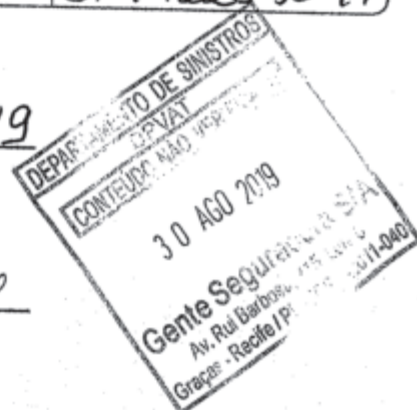
Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder DPVAT, residente no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

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

Endereço <u>R. Rivaldo Baltar</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>Prado</u>	Cidade <u>Gravata</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642155</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>81992285097</u>

Gravata 01 de julho de 2019
Local e Data

Gleybson Santana de Amaral
Assinatura do Declarante





Prefeitura de
Gravatá
GOVERNO MUNICIPAL

Secretaria de Saúde

Chesio Paim de Jesus

Laudo médico

*Para o postador de
fraturas clavicular, humeral
esq.: S42.0 e fraturas
doles costais múltipls S.22.3
sem auxílio de fixação
realizado tratamento conservador
alta medic.*

Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaltino Poggi, 332 - Prado - Gravata - PE
Fone: 3563-9024/9025 - email: reclamacoesusgravata@hotmail.com

27/08/15

*Dr. Nivaldo Bezerra
Ortopedia
CRM: 5704 TEOT 122*





Prefeitura de
Gravata
GOVERNO MUNICIPAL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Secretaria de Saúde

Choro para o Sr. João

Lauro Mendes

Pequena morte de
pequeno cláudio Mendes

em 5420 + 140 horas

Outro colar de ouro 522.0

Previdência 90 dias

e pequena morte de 140

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

30 ACO 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Sugestões, Reclamações, Elogios

Rua Izaltino Poggy, 33 - Prado - Gravata - PE

Fone: 3563-9024/9025 - email: ouvidoriasusgravata@hotmail.com

2015

Assessoria Jurídica
Recife - PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS

04 JUL 2019

Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Secretaria de Saúde

Cherelle de Oliveira

Leandro Almeida

Leandro Almeida

Leandro Almeida

Leandro Almeida

Leandro Almeida

Leandro Almeida

Leandro Almeida

Sugestões, Reclamações, Elogios
Rua Izaltino Poge, 33 - Prado - Gravatá - PE
Fone: 3563-9024/9025 - e-mail: ouvidoriasusgravata@hotmail.com

Gravatá

DEPT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Gratias - Recife / PE CEP: 52011-040



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



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 379422
PACIENTE: CLESIO GOMES DA SILVA
GENITORA: DOMITELE OLIVEIRA DA CONCEICAO
DATA DE NASCIMENTO: 24/01/1980 IDADE: 39
ENDEREÇO: JOAO MARCOS ALBUQUERQUE
BAIRRO: NOVO
PONTO DE REFERENCIA: POSTO MÉDICO 3

DATA: 10/05/2019

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 10:03

CNS: 200656348740002

TELEFONE: (81) 9405-2677

SEXO: Masculino

COR: Parda

Nº: 89

UF: PE

CEP:

ACOMPANHANTE: SIVANEIDE (ESPOSA)

HDA

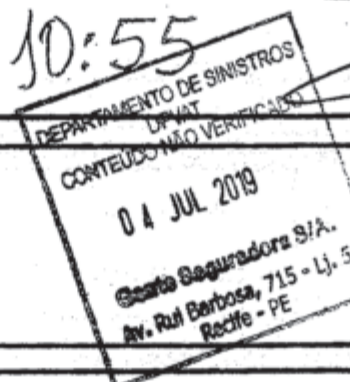
Tratamento a contusão
DX: fratura da 2ª, 3ª e 4ª costela
Du

EXAME FÍSICO



Tratamento a contusão
NPH - 10 UI
- 12 UI
Abrasões

10:55



SETOR DE ARQUIVO
SAME DO H.M.D.P.V.P.
40.105.119

EXAMES SOLICITADOS

HD

CID

Acumulado

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Emiliano Barbosa Barata
Médico
CRM 15950

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS – EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	269 mg/dl	P.A.	
F.C.		F.R.			

18h HGT - 215 mg/dl

Junio Vasconcelos da Silva
COREN-PE 452206-TE

- ① Depressão
- ② Propofol + SFO, 71.10 - EV
- ③ Pacardos
- ④ Rx Analgésicos D

1 amp EV

12:35
Alana Gonçalves da Silva
COREN-PE 1025 081-TE

Caio Miranda
Médico
CREMEPE 24.749

Ubiane Maria da Silva
Téc. de Enfermagem
COREN/PE 214.006

① Dor no 10 - 1 amp + SFO, 71.10 - EV de 10

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 Lj. 5
Grças - Recife/PE CEP: 51111-010

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIDA EM TODAS
O TERRITÓRIOS NACIONAIS
967118177

NOME
CLELIO GOMES DA SILVA

DOC. IDENTIFIC. ORG. EMISSOR / UF
5990704.855 PE

CNPJ
032.612.544-24

DATA NASCIMENTO
24/01/1980

FLUACAO
JOSE GOMES DA SILVA

DOMICILIO OLIVEIRA DA
CONCEICAO

PURIFICACAO
RAC
CAT. HAB.
AB

IPRESSO
0322789145

VALIDADE
35/10/2019

EMISSAO
17/03/2004

CLASSIFICACAO
Exercício Ativo Remunerado

Assinatura do Titular
Clelio Gomes da Silva

LOCAL
GRAVATA - PE

DATA EMISSAO
27/10/2014

Assinatura do Emissor
Luiz Carlos de Oliveira

16128055990
F8062813590

CDTRAN - PE (PERNAMBUCO)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

PRIMEIRO PLACIFICAR
967118177

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
30 AGO 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 520-1-040

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO
04 JUL 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE