

BOM JARDIM (PE), 26 DE NOVEMBRO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO PELO VALOR RECEBIDO

VÍTIMA: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO n° 3190634099

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de INVALIDEZ seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 05/08/2019, onde sofri LESÕES GRAVES NA MINHA CLAVICULA ESQUERDA E FRATURA DO ARCO COSTAL ESQUERDO, fiz todo tratamento médico e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS. Não fui submetido a PÉRICIA por um médico indicado pela Líder para avaliar minha seqüela e foi liberado para mim um valor muito inferior ao que tenho Direito. Em contato com o atendimento da Líder fui orientado a fazer uma carta explicando a situação para que então eu possa ser avaliado por um médico indicado pela Líder e receba a importância a que tenho Direito.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO e que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que estou com seqüelas. Estou a disposição da seguradora para ser avaliada por qualquer médico indicado pela Líder.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

Marcelo Oliveira da Silva
MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190634099 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU III).
FRATURA DO 2º ARCO COSTAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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: 3190634099 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU III).
FRATURA DO 2º ARCO COSTAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E 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:

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: 3190634099 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/12/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU III).
FRATURA DO 2º ARCO COSTAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Sim

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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: 3190634099 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA **Data do acidente:** 05/08/2019 **Seguradora:** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À ESQUERDA (GRAU III).
FRATURA DO 2º ARCO COSTAL À ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO OMBRO 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 dos ombros	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	6,25 %	R\$ 843,75

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE: 9.363.557 SDS/PE - CPF 125.107.684-09
DATA DO ACIDENTE: 05/08/2019
COBERTURA: INVALIDEZ
VITIMA: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA
ENDEREÇO: SI AROEIRAS, 252-B, ZONA RURAL BOM JARDIM – PE

OUTORGADO

NOME- ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
NACIONALIDADE- BRASILEIRA
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR
IDENTIDADE- 4.810.389 SSP/PE CPF: 945.234.444-04
ENDEREÇO- RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O **CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**. PODENDO O SEU DITO PROCURADOR REQUERER E SOLICITAR DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO E CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS JUNTO A HOSPITAIS ONDE A VÍTIMA RECEBERA ATENDIMENTO E DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO JUNTO A UNIDADES DO SAMU RESPONSÁVEIS PELO SOCORRO A VÍTIMA.

SURUBIM- PE 04 DE SETEMBRO 2019



marcelo oliveira da silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

2º TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Sete de Setembro, 10 - Centro - Surubim - PE
Fone: (81) 3634-1413 - E-mail: caronc2000@yahoo.com.br/cecas@gmail.com

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) MARCELO
OLIVEIRA DA SILVA
Dou fe. Surubim, quarta-feira, 4 de setembro de 2019 - 10:45h
Em Testemunho - *Elizabete Lice de Andrade Cadena* - 2º Substituta
Total: 4,91 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE.
Selo(s): 0078214-ZVT08201901.00285-Rua Sete de
Setembro, nº 10 - Centro - SURUBIM-PE
Consulte autenticidade em: www.tabelionato2surubim.com.br

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396768/19

Número do Sinistro: 3190634099

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 125.107.684-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 29/11/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 29/11/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396768/19

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 125.107.684-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA : 125.107.684-09

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: 12/11/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/11/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634099

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO OLIVEIRA 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



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, 29 de Novembro de 2019

**Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190634099**

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

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\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros

25%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 25%) 6,25%

Valor a indenizar: 6,25% x 13.500,00 = R\$ 843,75

Recebedor: **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**

Valor: **R\$ 843,75**

Banco: **104**

Agência: **000001295**

Conta: **0000028549-8**

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, retorno 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



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, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190634099

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Data do Acidente: 05/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 06/12/2019, 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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
125.107.684-09 MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA** 6 - CPF: **125.107.684-09**

7 - Profissão: **REC. INF** 8 - Endereço: **SI AROEI RAE** 9 - Número: **252** 10 - Complemento: **CRSA**

11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **BOM JARDIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55730-000**

15 - E-mail: **AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR** 16 - Tel.(DDD): **81-9 9700-1998**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1295** CONTA: **28549** 8 (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 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 (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

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

34

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

40 - Local e Data, **BOM JARDIM/PE 04/09/2019**

Marcelo O. da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC
DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206002302**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **24/09/2019** às **11:10**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **5/8/2019** às **07:30**

Fato ocorrido no endereço: **RODOVIA PE 90 KM 64, 1, BAIRRO MARACAJÁ** - Bairro: **PE 90 - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **RODOVIA ESTADUAL / PE 90**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
MARCELO OLIVEIRA DA SILVA (VITIMA)



Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

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

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA DA SILVA** Pai: **MANOEL ABDIAS DA SILVA** Data de Nascimento: **4/12/1994** Naturalidade: **BOM JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9363557/SDS/PE (RG), 12510768409 (CPF), 06827405237 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Telefones Celulares: - **81996858024**

Residencial: **SÍTIO AROEIRAS, PRÓXIMO A DONA TOZINHA - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **ZONA RURAL DE BOM JARDIM (ZONA RURAL), 01 - CEP: 0 - Bairro: ZONA RUAL DE BOM JARDIM - BOM JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A DONA TOZINHA**

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

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

VEÍCULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/XRE300** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRETA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PCV0794** (PERNAMBUCO/BOM JARDIM) Chassi: **9C2ND1110GR001474**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **COD. RENAVAN1083231216.**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE MARCELO OLIVEIRA DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 05/08/2019, POR VOLTA DAS 07:30 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA HONDA/XRE 300, COR PRETA, ANO/MOD 2016/2016, PLACA PCV-0794-PE, SENTIDO RECIFE/SURUBIM, NA RODOVIA PE 90, NESTA CIDADE E NAS PROXIMIDADES DO POSTO MARACAJÁ, NO MOMENTO EM QUE FAZIA UMA ULTRAPASSAGEM UM ANIMAL (CACHORRO) ATRAVESSOU A FRENTE DA MOTOCICLETA E O MESMO ACABOU ATROPELANDO O ANIMAL E PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO DA MOTOCICLETA E CAIU JUNTAMENTE COM A MOTO E NA QUEDA SE FERIU GRAVEMENTE E LOGO APÓS DEU ENTRADA NA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO E BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº 00082546 DA UPA. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

**MARCELO OLIVEIRA DA SILVA
(VITIMA)**

Marcelo Oliveira da Silva

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4**

119534-4



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:
125.107.684-09 MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

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

5 - Nome completo: **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA** 6 - CPF: **125.107.684-09**

7 - Profissão: **REC. INF** 8 - Endereço: **SI AROEI RAE** 9 - Número: **252** 10 - Complemento: **CRSA**

11 - Bairro: **ZONA RURAL** 12 - Cidade: **BOM JARDIM** 13 - Estado: **PE** 14 - CEP: **55730-000**

15 - E-mail: **AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR** 16 - Tel.(DDD): **81-9 9700-1998**

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: **1295** CONTA: **28549** 8 (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.

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora 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 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 (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

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

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não

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

34

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

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019

40 - Local e Data, **BOM JARDIM/PE 04/09/2019**

Marcelo O. da Silva

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 25/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01295

CONTA: 000000028549-8

Nr. da Autenticação 06A14737F0EC813D



Tarifa Simples de Faturamento Elétrico: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURAMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Companhia Energética de Roraima
Av. João de Barros, 111, Centro, RR - CEP 69050-902
CNPJ 15.825.032/0001-00 | Fone: (65) 3631-1000

DADOS DO CLIENTE

CPF 613 066 904-03

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

ZONA RURAL BOM JARDIM/BOM JARDIM-R
BOM JARDIM PE
55730-000

CPF: 613.066.904-63	ZONA RURAL BOM JARDIM/BOM JARDIM R BOM JARDIM PE 55780-000
CLASSIFICAÇÃO	
B1 RESIDENCIAL	
RESIDENCIAL	
CONTA CONTRATO	MES/ANO
7018752241	07/2019
DATA DE VENCIMENTO	DATA PRAZO P/ PAGAR LUSTRA
31/07/2019	23/08/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	40,86

DETALHAMENTO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo (kWh)	49.000000	0.78083095	38.25
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,71
Contrib. Ium. Pública Municipal			1,15
ICMS Subvenção-CDE-NF 063374532-24/05/18			0,37
Multa por atraso-NF 087183178 - 22/08/19			0,71
Juros por atraso-NF 087183178 - 22/08/19			0,06
Atualização IPM-NF 087183178 - 22/08/19			0,07
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			-0,49

TOTAL DA FATURA 40,00

ESTRUTURA DE CAPITAL E FORMAIS DE GESTÃO - QUADRANTE 8

Este é o caso de uma estrutura de capital com 100% de capital próprio, com uma estrutura de dívida nula, conforme Decreto Estadual 33.458/13. O cliente é compreendido quanto ao risco de capitalização de investimento financeiro de investimento. Pago, em seu valor gŕimato 25% (Peso 0,25000000), taxa 119,6% (Peso 10,4560002) e risco de investimento médio. O Cliente é compreendido quanto ao desempenho de investimento de risco de capitalização de investimento de risco de capitalização de investimento.



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. Júlio de Noronha, 111, Bairro Vizita, Recife - PE, CEP 50035-902
CNPJ 00.835.593/0001-88 Linha: Ext. (83) 394-5183 www.cefpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CPF 945 734 444-01

CENTRALISATION IN INDIA

**CLASSIFICAÇÃO
RESIDENCIAL
EXCLUSIVO**

CENTRAL DE RUBIM
SURUBIM/PE
55750-000

Nº DA NOTA FISCAL	DATA	ENTRADA
01/01/2018	01/12/2018	01/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
01/10/2018	0111100002	225308

DATA DE EMISSÃO	10/2019
DATA DE VENCIMENTO	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	102,74

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Álcool (Wh)	100,0000000	0,81088952	81,55
Acrescimo Bandeira AMARELA		0,50	0,50
Acrescimo Bandeira VERMELHA		0,01	0,01
Centro Bem Pública Municipal		0,64	0,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 088224778-04/07/19		0,78	0,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 072044387-05/08/19		0,80	0,80
Multa por atraso-NF 070840284 - 04/08/19		1,35	1,35
Juros por atraso-NF 070840284 - 04/08/19		0,11	0,11

TOTAL EN FATURA

102.74

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
KU0916	DATA	04-06-2019 26.129,00	07-06-2019 26.237,00	23	1.00000		108,00

As consultas geram os
informes de desempenho.
Através deles, é possível
ver se suas estratégias e resultados se
encontram a distância, com a
consultoria, para terceiros interessados em
aplicá-las em suas ofertas.

CELPE
Servicios



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
NOTA FISCAL - FATURA - CÓDIGO DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE

ENDERECO DA UNIDADE DE CONSUMIDORA

CPF 945 734 444-04

CENTRAL JAIL
SUSPENDED
55250-000

**CLASSIFICAÇÃO
BIBLIOGRÁFICA
E INDEXACIONAL**

00005749888	10/2019
14/10/2019	07/11/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)	
102,74	

DESCRICAO DA NOTA FISCAL			
	QUANTIDADE	PRECO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(FVH)	100,000000	0,8108952	87,55
Arestesino Bandeira AMARELA			0,50
Arestesino Bandeira VERMELHA			0,01
Centro Bem Pública Municipal			6,64
ICMS Subvenção-CDE-NF 08822479-04/07/19			0,78
ICMS Subvenção-CDE-NF 073044307-05/08/19			0,60
Multa por atraso-NF 079840284 - 0439/19			1,35
Juros por atraso-NF 079840284 - 0419/19			0,11

TOTAL ENRATURA

10274

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NR DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	NR DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
KU0916	DATA	04-08-2019 26.129,00	07-10-2019 26.237,00	23	1.00000		108,00

Самые яркие сказки

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS		Despesas de Energia				
		BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPORTE	VALOR	VARIAÇÃO
CUT 18	100	63,06	25,00	15,78	R\$ 38,49	+13,88%
SET 18	81	63,06	1,28	1,28	R\$ 3,23	0,47%
ICMS		63,06			R\$ 19,81	+71,07%
PIS		63,06			R\$ 6,17	+6,02%
COFINS		63,06			R\$ 4,61	+4,29%
					Transmissão	
					Distribuição (Cobras)	
					Perda de Energia	
					Encargos Intercâmbio	
					Impostos	
					Total	
					R\$ 33,06	100%

INFORMACOES IMPORTANTES

As combinações geradas no
treinamento (Processo Acumulado),
até 0.00100, levaram produzir
em média 20% melhores resultados
se comparados a 0.000100, que é
considerada a referência. Para a
comunicação, entre todas as combinações de
parametros, a menor é a que

CELPE
Servicios

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 ADRIANA M. MOURA DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444-04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário MARCELO OLIVEIRA DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 125.107.684-09, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima MARCELO OLIVEIRA DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 125.107.684-09, 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 JOAO BANISTA</u>		Número <u>370</u>	Complemento <u>CRSA</u>
Bairro <u>CENTRO</u>	Cidade <u>SURUBIM</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55750-000</u>
Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u>	Telefone comercial (DDD) <u>81 99700-1998</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 98129-8619</u>	

SURUBIM/PE/11 de NOVEMBRO de 2019
Local e Data

Adriana M. M. de A. Fernandes
Assinatura do Declarante

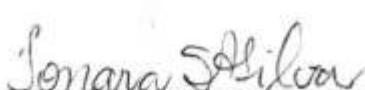


- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, que o Sr. **Marcelo Oliveira da Silva**, nascido no dia 04/12/1994, filho da Sra. **Maria Dos Anjos Oliveira da Silva** e do Sr. **Manoel Abidias da Silva**. Residente no sítio Aroeiras na Cidade de Bom Jardim - PE.

Solicitou no dia 16/09/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente (queda de moto). Atendido nesta **Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas)** Dr. **Gentil Augusto de Miranda** no dia 05/08/2019 pelo médico plantonista Dr. **Manueliton Matias CRM –25865**.

Surubim, 16 de setembro de 2019.


Ionara Soares de Andrade Silva

SAME - MAT. 910463

BOLETIM DE EMERGÊNCIA		PRONTUÁRIO: 051738	CLASSIFICAÇÃO	AMARELO	Nº OCORRÊNCIA: 00082546
Nome: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA	Idade: 24 Anos 8 Meses 1 Dia	CNS:		Est.Civil: SOLTEIRO(A)	
End.: AROEIRAS	Nº: Nascimento: 04/12/1994	CEP: 55730000	Bairro: ZONA RURAL		
Mãe: MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA DA SILVA	Doc nº: 9363557	Nacio.: BRASILEIRA	Cor/Raça: PARDO		
Pai: MANOEL ABIDIAS DA SILVA	Acom.:		Sexo: MASCULINO		
Profi.:	Telefone: 81 97267587	Cidade: BOM JARDIM			
Encaminhamento: CLINICA MÉDICA					
Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:			Procedência:	Residência	
QUEIXA DOR EM CLAVÍCULA ESQUERDA. ALEGA UM ACIDENTE DE MOTO HA +/- 10 MINUTOS.			Doenças preexistentes:	NEGA	
Intolerância/Alerg.: NEGA			Régua de dor:		
Parâmetros: PA: 15/10 FC: R: T: HGT: Spo2:			Pré-consulta:	GLASGOW: Peso:	
Estado do Paciente: Consciente Orientado					
Sintomas:					
Dor torácica:	Duração da dor:		Localização:		
Dor presente:	Irradiação:				
Edemas:					
Observações:					
Últimas Ocorrências	Data: Hora: Nº: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:				
Queixas / Diagnóstico			Tratamento		
<p>door em centro escapular ①</p> <p>cp/los trauma hs: 10 min</p> <p>cl/ dificuldade de movimentação</p> <p>membro.</p> <p>Início do quadro cp/los que de</p> <p>l/ moto.</p>			<p>① voltarem ossos ① 08:59</p> <p>② alcedham ossos ① 08:59</p> <p>③ Rx de ouvido ②</p> <p>ls/ alterar.</p> <p><i>Anderson Clifton de Rocha</i> Tec. Enfermagem 001.189.954</p>		
Exames complementares			Impressão diagnóstica		
Motivo da saída: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Internado			Justificativa:		
Encaminhado:			Removido:		
Óbito às: h m do dia: / /			Data saída: / /	Hora saída: :	
<input type="checkbox"/> Curativo	Técnico / Coren		Atendimento Médico	Médico / CRM	
<input type="checkbox"/> Nebulização			<input type="checkbox"/> Urgência		
<input type="checkbox"/> Adm. de medicamento			<input type="checkbox"/> Obs. até 24 hs		
<input type="checkbox"/> Retirada de ponto			Horário: :		
Cód procedimento					
Técnico / Conselho					
Horário					

RELATÓRIO MÉDICO / ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o Sr. **MARCELO OLIVEIRA DA SILVA**, 24 anos, foi vítima de acidente de trânsito (queda de moto) em 05 de agosto de 2019 que resultou em fratura do 2º arco costal à esquerda e luxação acrômio-clavicular grau III no ombro esquerdo. Encontra-se em tratamento conservador com imobilização ortopédica e medicação analgésica.

Surubim, 4 de setembro de 2019
09:56:31

ROBERTO MATEUS
ORTOPÉDIA
CRM 11695

ROBERTO DO NASCIMENTO MATEUS – CREMEPE: 11695.

Para: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Uso interno:

TANDRILAX _____ 1 cx

Tomar 01 comp. vo de 12/12 h.

Ao retornar traga esta receita.

Não trocar o medicamento receitado (LEI 9787/99)

(Poderá ser trocado somente pelo genérico, com faixa amarela e letra G)

Surubim, 4 de setembro de 2019
09:57:03

ROBERTO MATEUS
ORTOPÉDIA
CRM 11695

Roberto Mateus
ORTOPÉDISTA
CRM 11695



Para: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Uso interno:

XEFO 8mg _____ 1 cx

Tomar 01 comp. vo de 8/8 h.

LISADOR DIP 1g _____ 1 cx

Tomar 01 comp. vo 8/8 h

Ao retornar traga esta receita.

Não trocar o medicamento receitado (LEI 9787/99)

(Poderá ser trocado somente pelo genérico, com faixa amarela e letra G)

Surubim, 21 de agosto de 2019
08:50:14

Roberto Mateus
ORTOPEDISTA
CRM-11695

Rua Antônio Medeiros Sobrinho, 40
Cabaceira - Surubim/PE
Fones: (81) 3634.1390 / 3634.1715
www.institutorobertomateus.com.br

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA,,
Sex Masc.
Data de nascimento: 04/12/1994
ID: PAT007823

Data de aquis. 16/10/2019
Hora de aquis. 08:59:20
Índice de exp. 2068

Esa.

3cm

3cm

OMBRO CLAVÍCULA
AP

W: 4153, L: 2183

ID de técnico: técnico

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA,,

Sex Masc.

Data de nascimento: 04/12/1994

ID: PAT007823

Escala: 1.41
INSTITUTO MEDICO ROBERTO MATEUS

Data de aquis. 16/10/2019

Hora de aquis. 09:01:37

Índice de exp. 2077

ZENUS

OMBRO CLAVÍCULA
AP
W: 4081, L: 1850
ID de técnico: técnico

Escala: 1.41
INSTITUTO MEDICO ROBERTO MATEUS

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA DEFESA
DEPARTAMENTO FEDERATIVO DE DEFESA
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

MAP

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

1564876675

PROIBIDO PLASTIFICAR

NOME: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÓRGÃO-EMISOR / UF
9363557 SDS PE

CPF
125.107.684-09 DATA NASCIMENTO
04/12/1994

FILIAÇÃO
MANOEL ABIDIAS DA SILVA
MARIA DOS ANJOS OLIVEIRA DA SILVA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB
AB

NP REGISTRO
06827405237 VALIDEZ
02/09/2021 1ª HABILITAÇÃO
17/04/2017

OBSERVAÇÕES

Marcelo Oliveira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SURUBIM, PE
Charles Andréia Souza Ribeiro
Dirigente Presidente

DATA EMISSÃO
18/04/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
05316634847
PE085614203

PERNAMBUCO



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0396768/19

Vítima: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

CPF: 125.107.684-09

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/08/2019

Titular do CPF: MARCELO OLIVEIRA DA SILVA

Seguradora: CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

MARCELO OLIVEIRA DA SILVA : 125.107.684-09

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 12/11/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Data do cadastramento: 12/11/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos