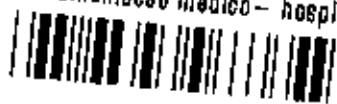
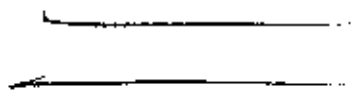


Documentação médica - hospital:



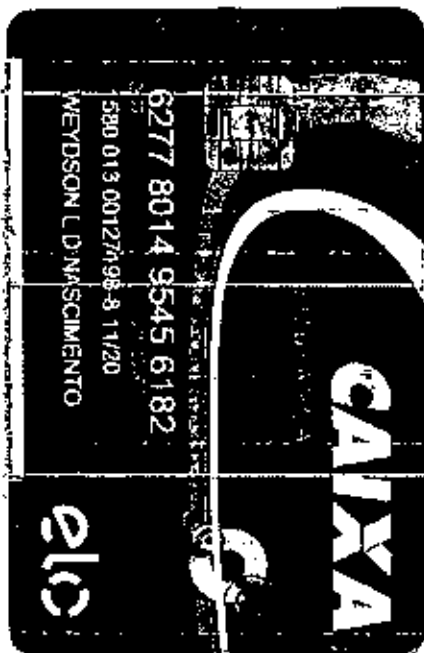
Placamento
médico



SEASONAL LIDER PLOT F4 : 85-MZ-2017 11:11 356515 M

[illegible]

Documentos de identificaca



1 11111111 11 11111 1 11 11111

SELMONCE LIDER PART 65 25-JAN-2018 18:36 029103 1/1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
Ministério das Cidades
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAÇÃO
SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

11075533103

NOME: WILSON LOBES DO NASCIMENTO
CPF: 6397528-8308 PB
DATA DE NASCIMTO: 12/03/1916
END.: 255, 255.174-32
FUNÇÃO: AGENTE COLEGIDA DO CASAMENTO
SOLTEIRO MARIA ROVER
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: PINTOR
DATA DE EMISSÃO: 03/10/2013
VALOR: R\$ 94/8032

COMISSÃO
EXERCÍCIO ATIV. REGISTRADA

11075533103

SECRETARIA NACIONAL DE HABITAÇÃO

11075533103

Laudo do IML - Lesões corporais



LAV DO

DO

IML



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA



INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

PERÍCIA TRAUMATOLÓGICA Nº 9264/2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022A. CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE
Ofício nº. 016/2018 Data 16/3/2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022A. CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:28 do dia 16 de Março de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procedeu o exame de WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO filho(a) de AUGUSTO JOAQUIM DO NASCIMENTO e de SEVERINA MARIA LOPES, de cor NÃO INFORMADO, sexo Masculino, cabelo NÃO INFORMADO, estado civil Solteiro (a), aparentando a idade de 32 Anos, peso NÃO INFORMADO, de estatura NÃO INFORMADO, natural de NÃO INFORMADO, nacionalidade BRASIL, documento apresentado RG: 6397538, outro Documento: Carteira de habilitação - 1107533103, profissão ENCARREGADO, endereço RUA AMAMBAI, nº 199, complemento: BL. 05 APTº 304, bairro CANDEIAS, telefone/s NÃO INFORMADO, JABOATÃO DOS GUARARAPES - PE, sinais particulares NÃO INFORMADO, local de ocorrência NÃO INFORMADO, verificou o que, a seguir, descrevo, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

PERICIANDO ENCAMINHADO PARA EXAME TRAUMATOLÓGICO. REFERE QUE NO DIA 05/10/2017 POR VOLTA DAS 3:30H, PERDEU A DIREÇÃO DE SEU VEÍCULO E BATEU CONTRA O MURO DE UM EDIFÍCIO, NO BAIRRO DE PIEDADE EM JABOATÃO DOS GUARARAPES/PE. TROUXE LAUDO DE ALTA HOSPITALAR DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, DATADO DE 12/10/2017 E ASSINADO POR DR ITALO CORDEIRO MOREIRA CRM 25433, QUE DIZ: "PACIENTE DE 31 ANOS, COM HISTÓRICO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, CHEGA À EMERGÊNCIA DIA 05/10/2017, ENCAMINHADO DA UPA DE BARRA DE JANGADA, COM DOR E SANGRAMENTO HÁ 4 HORAS, REALIZOU LAPAROTOMIA EXPLORATÓRIA, SEM INTERCORRÊNCIAS. RECEBE ALTA EM BOAS CONDIÇÕES CLÍNICAS. DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: TRAUMA ABDOMINAL FECHADO, TIPO DE OPERAÇÃO: LE + ILEOCECTOMIA DIREITA COM ANASTOMOSE TT. DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE E COÁGULOS (MAIS OU MENOS 1000ML) EM CAVIDADE ABDOMINAL + LESÃO SEROSA EM MESO DE ÍLEO DISTAL+ LESÃO SEROSA DE MAIS OU MENOS 10CM DE CECO+ LESÃO DE SEROSA EM SIGMÓIDE.

DESCRIÇÃO

Exame Físico:

AO EXAME: OBSERVO CICATRIZ HIPOCRÔMICA DE 25MM EM REGIÃO MENTONIANA E OUTRA QUE MEDE 15MM EM ASA DE NARINA ESQUERDA, MUITO DISCRETAS. OUTRA CICATRIZ, MAIS GROSSEIRA, COM MARCAS DE PONTOS CIRÚRGICOS EM LINHA MEDIANA DE ABDOMEN QUE MEDE 280MM. OBSERVO AINDA OUTRA CICATRIZ CIRCULAR EM FOSSA INGUINAL DIREITA, MEDE 10MM DE DIÂMETRO (SUGESTIVA DE LOCAL DE INSERÇÃO DE DRENO CAVITÁRIO).

QUESITOS:

1º) Houve lesão à integridade corporal ou à saúde do examinado?

Sim

2º) Qual o instrumento ou meio que a ocasionou?

Instrumento contundente.



João Alberto M...
Auxiliar de Legista - M...
IMLAPCIGSP/PCSP



NA AUTENTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA

3º) Da lesão resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função, perigo de vida, aceleração de parto, incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias? (especificar)

Sim, PERIGO DE VIDA E INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE 30 (TRINTA) DIAS, NO ENTANTO NECESSITA PERÍCIA COMPLEMENTAR PROVIDO DE PARECER DO CIRURGIÃO GASTROENTEROLÓGICO A FIM DE AVALIAR A EXISTÊNCIA OU NÃO DE DEBILIDADE PERMANENTE DO SISTEMA DIGESTIVO.

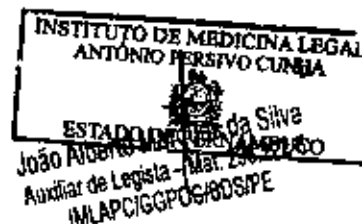
4º) Da lesão resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

Aguardar exame complementar.

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). BARBARA SOUZA LUZ PRAZERES - CRM 16653.

Dra. Bárbara Souza Luz
Médica Legista
CRM 16.653
Mat. 086.556-8

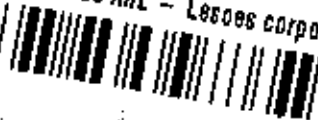
Perito responsável



Weysson Lopes do Nascimento

08 106 78

João Alberto Marques da Silva
Auxiliar de Legista - Mat. 296.222-5
IMLAPC/GGPOC/SDSIPE



CÓPIA AUTÊNTICA



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLÍCIA CIENTÍFICA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTÔNIO PERSIVO CUNHA



EXAME COMPLEMENTAR Nº 19088 / 2018

REFERENTE AO LAUDO Nº 1 / 2018

REQUISITADO POR: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022A. CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE
Ofício nº. 008 / 2018 Data 24 / 5 / 2018
ENCAMINHAR PARA: DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022A. CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE.

O médico legista abaixo assinado, cumprindo determinação do Diretor do Instituto de Medicina Legal Antônio Persivo Cunha, de acordo com o disposto na legislação vigente, examinando às 13:48 do dia 24 de Maio de 2018, na seção de Clínica Médico-legal, procederam o exame de **WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO** filho(a) de **AUGUSTO JOAQUIM DO NASCIMENTO** e de **SEVERINA MARIA LOPES** de cor **NÃO INFORMADO**, sexo **Masculino**, cabelo **NÃO INFORMADO**, estado civil **Solteiro (a)**, aparentando a idade de **32 Anos**, peso **NÃO INFORMADO**, de estatura **NÃO INFORMADO**, natural de **RECIFE - PE**, nacionalidade **BRASIL**, documento apresentado **RG: 6397538**, profissão **ENCARREGADO**, vestes **NÃO INFORMADO**, sinais particulares **NÃO INFORMADO**, local de ocorrência **NÃO INFORMADO**, verificou o que, a seguir, descreve, pelo que responde a estes quesitos:

HISTÓRICO:

Vem para perícia complementar da perícia traumatológica 9264/2018 realizada dia 16/03/2018 por **BARBARA LUZ PRAZERES**, referente a acidente automobilístico dia 05/10/2017. Traz laudo de serviço onde foi operado (Hospital Getúlio Vargas) assinado pelo médico Carlos Esdras (CRM 19242) que relata cirurgia em outubro de 2017 e acompanhamento ambulatorial. Refere ainda no laudo que está apto a suas atividades laborais (22/05/2018).

DESCRIÇÃO:

Exame Físico:

cicatriz mediana abdominal com cerca de 300 mm de extensão; cicatriz hipocrômicas discretas em face (maximo de 25 mm)

DISCUSSÃO / CONCLUSÃO:

Achados no exame direto e indireto demonstram lesão a integridade corporal do examinado por instrumento contundente.

QUESITOS:

1º) Da ofensa à integridade corporal ou à saúde do periciando resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função; perigo de vida; incapacidade para as ocupações habituais por mais de 30 (trinta) dias; aceleração de parto? (especificar)

SIM. PERIGO DE VIDA E INCAPACIDADE PARA AS OCUPAÇÕES HABITUAIS POR MAIS DE TRINTA DIAS.

2º) Da ofensa resultou deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função, enfermidade incurável, incapacidade permanente para o trabalho, aborto? (especificar)

DEFORMIDADE PERMANENTE: CICATRIZ EXTENSA

3º) Do ponto de vista Médico-legal, o periciando está restabelecido?

Sim

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLICIA CIENTIFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PENSIVO CUNHA

386567-3

Lido e achado correto o(a) médico(a) legista que assina Dr(a). LINCOLN ALVES RIBEIRO - CRM 14719.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
DIRETORIA DE POLICIA CIENTIFICA
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL ANTONIO PENSIVO CUNHA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0486651/17
Vítima: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO
CPF: 058.265.174-33
Data do Acidente: 05/10/2017
CPF de: Próprio
Titular do CPF: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

Outros



WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO : 058.265.174-33

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 05/12/2017
Nome: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 058.265.174-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/12/2017
Nome: ANDREZA ALVES DA CUNHA
CPF: 158.640.827-59

WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

ANDREZA ALVES DA CUNHA

Nº. Sinistro

Seguro DPVAT - Protocolo de Recepção de Documentos
INVALIDEZ PERMANENTE

Seguradora Líder - DPVAT

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acontecimento

05/04/17

Nome da Vítima

Weydson Lopes do Nascimento

CPF

05826517433

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome

Weydson Lopes do Nascimento

Vítima

Representante Legal

Família

Especificar vínculo:

Endereço para Correspondência

RUA AMAMBÁ 199 COIJ. TORAZO BLOCO D5 APT. 301

Bairro

CANDEIAS

Cidade

TABOADA DOS GUANAMAPES

CEP

54430-160

Telefone

998872230

Email

Weydsonlopes@gmail.com

Atenção ! ➡

Preencha com ☒ Para documentação entregue

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS (da vítima e/ou representante legal)

- ☒ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial (Cópia Autenticada e legível)
- ☒ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima (Cópia simples e legível)
- ☒ CPF da vítima (Cópia simples e legível)
- ☒ Comprovante de residência em nome da vítima (Cópia simples e legível). Na ausência, Declaração de Residência
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do Representante - se houver (Cópia simples e legível)
- ☐ CPF do representante - se houver (Cópia simples e legível)
- ☐ Comprovante de residência em nome do representante - se houver (Cópia simples e legível). Na ausência, Declaração de Residência
- ☒ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (modelo no site) - original

Em caso de vítima até 15 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do representante legal

DOCUMENTOS MÉDICOS

- ☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial (Cópia simples e legível)
- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML da localidade do acidente ou da residência da vítima, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima (Cópia autenticada e legível)
- ☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência de IML na localidade do acidente ou da residência da vítima (Cópia Autenticada e legível)
- ☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma (quando for o caso) - cópia simples e legível
- ☐ Termo de Curatela (quando for o caso) - cópia autenticada e legível
- ☐ Alvará Judicial (quando for o caso) - cópia autenticada e legível

ATENÇÃO !

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa na Seguradora Líder DPVAT.
- Para acompanhar o processo, acesse o site www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 - 022 12 04.
- A indenização por Invalidez Permanente é de até R\$ 13.500,00. Este valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a Tabela de Seguro prevista na Lei 6.194/74.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data

01/12/2017

Nome

Weydson Lopes do Nascimento

Identidade

6397538

Weydson Lopes do N.

Assinatura do Portador

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NOS CORREIOS

☐ Recebi os documentos assinalados

Data

01/12/2017

Nome

Jorge do O Lima

Matrícula

PS-37044

Assinatura do atendente

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0486651/17

Vítima: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

CPF: 058.265.174-33

Data do Acidente: 05/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência

Documentos de identificação

Lauda do IML - Lesões corporais

Outros

Outros



WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO : 058.265.174-33

Autorização de pagamento

ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 25/01/2018

Nome: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

CPF: 058.265.174-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 30/01/2018

Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

CPF: 083.495.187-82

WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO



FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CÓPIA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO DPVAT

1 - Dados do Processo Administrativo

Número do Sinistro: 3370662771
Nome da Vítima: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO
Data do Sinistro: 05/10/2017

2 - Dados do Solicitante

Nome: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO CPF: 058265114-33
Documento de Identidade: ☒ Vítima/Beneficiário () Procurador

Solicito cópia do processo administrativo correspondente ao sinistro cujos dados indiquei no item 1.

Caso eu queira indicar outra pessoa para retirada das cópias, estou ciente de que, além desses documentos, ela deverá levar procuração específica e seus documentos de identificação.

JABONÃO DOS GUARARAPES 23 de JANEIRO de 2018

WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0486651/17
Vítima: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO
CPF: 058.265.174-33
Data do Acidente: 05/10/2017
CPF de: Próprio
Titular do CPF: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO : 058.265.174-33

Autorização de pagamento

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/06/2018
Nome: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO
CPF: 058.265.174-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/06/2018
Nome: TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO
CPF: 760.547.217-04

WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

TANIA CRISTINA DE FARIA PINTO

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail: jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Froes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

Arthur Fróes
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br

Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro – Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

COBERTURA SOLICITADA ☐ **COBERTURA DE MORTE** ☒ **INVALIDEZ PERMANENTE** ☐ **DAMS**

IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA
VÍTIMA Weyson Lopes do Nascimento

DATA DO ACIDENTE 05/10/17 POSSUI CPF ☒ **SIM** ☐ **NÃO** Nº CPF 05826517433

PARA VÍTIMAS OU BENEFICIÁRIOS COM IDADE DE 0 A 15 ANOS ☐

- ☐ Documento de identificação do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ CPF do Representante Legal (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência do representante legal (cópia simples), ou declaração de residência (original).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- Com base na legislação em vigor, poderão ser solicitados documentos complementares.
- Para acompanhar o pedido de indenização, acesse www.seguradoradider.com.br ou ligue grátis SAC DPVAT 0800 022.1204.
- Todos os documentos devem estar legíveis

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

- ☒ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☒ Laudo de Invalidez do IML - original ou cópia autenticada ☒ Sim ☐ Não
- ☐ Declaração de Ausência de Laudo do IML (original), junto com relatório médico, comprovando a existência de sequelas permanentes, com a data da alta definitiva - Somente na impossibilidade de apresentar o laudo do IML
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☒ Autorização de pagamento (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE DAMS

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Documentos médicos/hospitalares que demonstrem o tratamento médico realizado pela vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Comprovantes das despesas (frechos e notas fiscais), contendo a discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos), juntamente com os recibos médicos (originais)
- ☐ Declaração do Proprietário do veículo - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência em nome da vítima (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original)
- ☐ Autorização de pagamento (original), com documento que confirme os dados bancários (orientações no próprio formulário)

DOCUMENTOS BÁSICOS DA COBERTURA DE MORTE

- ☐ Registro de Ocorrência Policial - original ou cópia autenticada ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Certidão de Óbito da vítima - cópia autenticada: ☐ Sim ☐ Não
- ☐ Comprovante de Ato Declaratório - quando necessário
- ☐ Documento de identificação da vítima (cópia simples)
- ☐ CPF da vítima (cópia simples)
- ☐ Documento de identificação de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ CPF de todos os beneficiários (cópia simples)
- ☐ Comprovante de residência dos beneficiários (cópia simples) ou comprovante de residência em nome de terceiro (cópia simples), juntamente com declaração de residência (original).
- ☐ Autorização de pagamento para todos os beneficiários (original), com documentos que confirmem os dados bancários (vide orientações no próprio formulário)
- ☐ Laudo Cadavérico (IML) - somente quando solicitado - Cópia Autenticada: ☐ Sim ☐ Não

DOCUMENTOS ESPECÍFICOS DOS BENEFICIÁRIOS - COBERTURA MORTE

- BENEFICIÁRIO CÔNJUGE (ESPOSO OU ESPOSA)**
 - ☐ Certidão de Casamento com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Cônjuge (original)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal, ou prova de dependência através da carteira de trabalho, ou Alvará Judicial reconhecendo a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO COMPANHEIRO (A) E CÔNJUGE - QUANDO AMBOS (AS) SÃO BENEFICIÁRIOS (AS)**
 - ☐ Prova de companheirismo junto ao INSS, ou declaração de dependentes junto à Receita Federal ou Decisão Judicial que reconheça a união estável (cópia simples)
- BENEFICIÁRIO DESCENDENTE (FILHO(A) OU NETO(A))**
 - ☐ Certidão de Casamento, com data atual (cópia simples)
 - ☐ Declaração de Separação de Fato (original), declarada pelo cônjuge
 - ☐ Termo de Conciliação (original), assinado pelo(a) companheiro(a), e o cônjuge
- BENEFICIÁRIO ASCENDENTE (PAI, MÃE OU AVÓS)**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- BENEFICIÁRIO COLATERAL (IRMÃO, IRMÃ, TIO (A) OU SOBRINHO(A))**
 - ☐ Declaração de Únicos Herdeiros (original)
- ☐ Certidão de Óbito dos pais da vítima (cópia simples)
- ☐ Certidão de Óbito dos filhos da vítima - quando necessário - (cópia simples)
- ☐ Outros Documentos apresentados:

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

Portador da documentação (Nome) Weyson Lopes do Nascimento

Quem é o portador? ☒ Vítima ☐ Beneficiário ☐ Representante Legal - CPF do portador 05826517433
E-mail Weyson2013@gmail.com Tel. 11 91998811330
Data 11/06/18 Assinatura Weyson Lopes do Nascimento

RESPONSÁVEL PELA RECEPÇÃO

Ponto de Atendimento (Nome do Ponto) Ag. Correios de Lana Paulista
Atendente Wendy Jose da Silva Santos Matrícula 85448888
Data 11/06/2018 Assinatura Wendy Jose da Silva Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0486651/17

Vítima: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

CPF: 058.265.174-33

Data do Acidente: 05/10/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Laudos do IML - Lesões corporais

Outros

Outros



ATENÇÃO:

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 27/07/2018

Nome: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

CPF: 058.265.174-33

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2018

Nome: JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

CPF: 083.495.187-82

WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

JOSE FRANCISCO COELHO LOUREIRO

De: Jose Carlos

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:33

Para: Vinicius Campos da Silva <vinicius.silva@seguradoralider.com.br>

Cc: Sonia Faro <soniafaro@seguradoralider.com.br>

Assunto: Protocolo

Vinicius

Em função dos problemas que estamos passando com relação a manutenção dos relógios protocoladores, em medida extrema exceção, autorizo até que tenhamos todos os protocoladores funcionando normalmente, protocolar somente a primeira folha dos processos recebidos dos Correios.

Para certificarmos que essa medida de exceção é válida somente para esse período, solicito imprimir uma cópia desse e-mail e anexar a cada processo de sinistro que estiver nessa condição.

Quando suspendermos esse critério, favor passar-me um e-mail configurando o retorno ao procedimento padrão.

José Carlos Carvalho
Gerente de Sinistros



Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904
Tel.: 55 21 3861-4600 / Ramal: 4654
E-mail : jose.carlos@seguradoralider.com.br

CONFIDENCIALIDADE Esta mensagem é confidencial; seu conteúdo não constitui um compromisso da Seguradora Líder, exceto se fornecido em conjunto com um acordo por escrito entre as partes. Qualquer divulgação ou uso não autorizado, total ou parcial, é proibido. Caso você não seja um dos destinatários desta mensagem, favor notificar ao remetente imediatamente.

CONFIDENTIALITY This message is confidential; its contents do not constitute a commitment by Seguradora Líder except where provided for in a written agreement between you and Seguradora Líder. Any unauthorized disclosure, use or dissemination, either whole or partial, is prohibited. If you are not the intended recipient of the message, please notify the sender immediately.

De: Arthur Fróes

Enviada em: quinta-feira, 15 de março de 2018 11:18

Para: Jose Carlos <jcarloscarvalho@seguradoralider.com.br>

Assunto: RES: Produção: 13/03/2018

JC,

Contingencialmente, até que os protocoladores retornem, estou de acordo em procedermos desta forma.

Atenciosamente,

• **Arthur Fróes**
Superintendente de Sinistros
arthur.froes@seguradoralider.com.br
Tel.: 55 21 3861-4286



www.seguradoralider.com.br
Rua da Assembleia, 100 – 21º andar
Centro - Rio de Janeiro – RJ CEP: 20011-904

Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: **WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO**

Nº Sinistro: **3170662771**

Vitima: **WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: **05/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170662771**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12150037



Rio de Janeiro, 26 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170662771

Vitima: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170662771**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Laudo do IML - Lesões corporais não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2018

Aos Cuidados de: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170662771

Vitima: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170662771**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Laudo do IML - Lesões corporais não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 05 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro: 3170662771

Vitima: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3170662771**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 13 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

Nº Sinistro 3170662771

Vitima: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o **número de sinistro 3170662771**, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes **cobertas pelo Seguro DPVAT** em razão do acidente ocorrido em **05/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO DPVAT -

Autorização de pagamento



AT

No. DO SINISTRO

www.dpvatsegurodotransito.com.br ou
ligue SAC DPVAT 0800 022 12 04

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Weydson Lopes do Nascimento
PORTADORA DO RG No.: 6397538 EXPEDIDO POR SDS EM 1 / 1 / 1 E
CPF 0158263114-312 / CNPJ 00000000-0000-00, PROFISSÃO MOTONISTA
E RENDA MENSAL DE R\$ 1.000,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO/A DO VALOR
REFERENTE À INDENIZAÇÃO/REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Weydson Lopes do Nascimento
AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT
A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento.
Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

☐ CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (ACEITAS CONTAS DE TODOS OS BANCOS)
No. BANCO _____ No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR).
No. DE CONTA CORRENTE _____

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO
No. BANCO 237 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL
No. BANCO 001 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

☐ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ
No. BANCO 341 No. AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA _____

☒ CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL
No. BANCO 104 No. AGÊNCIA 1580 (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
No. CONTA-POUPANÇA 00127198-8

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE.
UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO DO SINISTRO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES
ACIMA DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

ATENÇÃO

- Não será possível efetuar o pagamento em Conta Salário (INSS), Conta Fácil da Caixa Econômica (Operação 023) ou Conta Conjunta quando o beneficiário não for o titular da conta;
- Não se esqueça de informar os dígitos da agência, caso o dígito exista, principalmente do Banco BRADESCO;
- Certifique-se de que a conta informada esteja ATIVA;
- Indique corretamente se a conta informada é POUPANÇA ou CONTA CORRENTE;
- Tenha SEMPRE um documento bancário para conferência de sua agência e conta. Um único dígito errado impedirá que o banco efetue o pagamento.

LOCAL JABOATÃO DOS GUANHAARES

DATA 01/12/2017

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO/A Weydson Lopes do Nascimento

SEGURO DPVAT - LÍDER DOS CONSÓRCIOS - 05-02-2017 11:11 356509

Autorizacao de pagamento



AUTO RIZOAS

DE

PG

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário de ... preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Autorização de pagamento



Número do Sinistro ou ASI

3170 662772

CPF da vítima

05826517433

Nome completo da vítima

Weydson Lopes do Nascimento

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Weydson Lopes do Nascimento	CPF titular da conta	05826517433	Profissão	ENCANHEIRO
Endereço	RUA AMABAI CONT. TOPAZIO	Número	199	Complemento	BLCO 03 APT: 301
Bairro	CANDIAS	Cidade	JABOTATOS DOS GUARAPES	Estado	PE
Email	WEYDSON2011@GMAIL.COM	Telefone (DDD)	081	Telefone (DDD)	998871230

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ 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

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

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAU (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DIV	CONTA NRO.	DIV
1580	013	0012738	48
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO	NRO.
Nome	
AGÊNCIA NRO.	DIV
CONTA NRO.	DIV
(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Recife, 11 de JUNHO de 2018

Local e Data

Weydson Lopes do Nascimento

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Boletim de ocorrência



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **17E0112004067**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **30/11/2017** às **15:11**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/11/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PIEDADE (BAIRRO), 1, AVENIDA: ARYTON SENNA, S/N, JARDIM PIEDADE - Bairro: PIEDADE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PROXIMO A IGREJA DOS MORMONS**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VÍTIMA (AUTOR / AGENTE)
WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

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

WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA LOPES Pai: AUGUSTO JOAQUIM DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 12/3/1986 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8397538/SDS/PE (RG), 05826517433 (CPF), 06192308608 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2ª. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 998871230 - 988271816

Endereço Residencial: **RUA AMAMBAL, 199, CONJUNTO RESIDENCIAL TOPAZIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, APÓS A CONJUNTO RESIDENCIAL FLAMBOYANT**

VÍTIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA LOPES Data de Nascimento: 12/3/1986 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMÓVEL/GM/CELTA** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **PRATA** - Quantidade: **1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PGH6631-(PERNAMBUCO/SÃO LOURENÇO DA MATA) Renavam: 499060474 Chassi: 98GRP48F0DG178209**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **VEÍCULO CELTA 1.0**

SEMPRE LIBERAR PG 05-02-2017 11:11 356510 1/1

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE DIRIGIA SEU VEICULO POIS TRABALHA COMO UBER, QUE NÃO SABE O QUE ACONTECEU CONSIGO ,APENAS ACORDOU NA SALA DE CIRURGIA DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, VITIMA DE UM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, INFORMOU QUE FOI REALIZADA UMA CIRURGIA, TIPO DE OPERAÇÃO: LE + ILEOCECTOMIA DIREITA COM ANASTOMESE T-T ONDE FAZ REFERENCIA O LAUDO DE ALTA HOSPITALAR DO GETÚLIO VARGAS, DE REGISTRO Nº1065729, ONDE FORA SOCORRIDO PELA UNIDADE TÁTICA DE RESGATE DO GRUPAMENTO DO BOMBEIRO DE ATENDIMENTO PRE- HOSPITALAR, SOCORRIDO INICIALMENTE PARA UPA DE BARRA DE JANGADA, REGISTRADO COM O PRONTUARIO Nº 845206, ONDE FICOU SOB OS CUIDADOS DA MEDICA ADRIANA LIRA REGISTRO 24597, CONFORME CONSTA CERTIDÃO Nº 2017APH001889 DIV. OF.

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

WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO
(VITIMA)

VITIMA
(AUTOR \ AGENTE)

B.O. registrado por: **Milton Ricardo Brito de Oliveira** - Matrícula: **3854507**

SEBASTIAN LINER DWT 44 85-102-2017 11:11 356511 1/

Boletim de ocorrência



B.O.



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 022ª CIRCUNSCRIÇÃO - PIEDADE - DP22ªCIRC DIM/6ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0112000288**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/01/2018** às **11:36**

Complementa o BO Número: **17E0112004067**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **5/10/2017** no período da **Madrugada**

Fato ocorrido no endereço: **BAIRRO DE PIEDADE (BAIRRO), 1, AVENIDA: ARYTON SENNA, S/N, JARDIM PIEDADE - Bairro: PIEDADE - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL -**
Ponto de Referência: **PROXIMO A IGREJA DOS MORMONS**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

VITIMA (AUTOR / AGENTE)
WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

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

WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA LOPES Pai: AUGUSTO JOAQUIM DO NASCIMENTO Data de Nascimento: 12/3/1986 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 6397538/SDS/PE (RG), 05826517433 (CPF), 06192308608 (CNH) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 2º. GRAU COMPLETO Profissão: MOTORISTA Telefones Celulares: - 988271816 - 998871230

Endereço Residencial: **RUA AMAMBAI, 199, CONJUNTO RESIDENCIAL TOPAZIO - CEP: 55000-000 - Bairro: CANDEIAS - JABOATÃO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL, APÓS A CONJUNTO RESIDENCIAL FLAMBOYAND**

VITIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: SEVERINA MARIA LOPES Data de Nascimento: 12/3/1986 Naturalidade: LIMOEIRO / PERNAMBUCO / BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO, que estava em posse do(a) Sr(a): WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO
Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/CELTA Objeto apreendido: Não**
Cor: **PRATA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)**

19-01-2018 16:20 473465 1/1

Placa: **PGH6631** (PERNAMBUCO/SÃO LOURENÇO DA MATA) Renavam: **499060474** Chassi: **9BGRP48F0DG178209**
Ano Fabricação/Modelo: **2012/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **VEICULO CELTA 1.0**

Complemento / Observação

INFORMA A VITIMA QUE DIRIGIA SEU VEICULO POIS TRABALHA COMO UBER, QUE NÃO SABE O QUE ACONTECEU CONSIGO ,APENAS ACORDOU NA SALA DE CIRURGIA DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS, VITIMA DE UM ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, INFORMOU QUE FOI REALIZADA UMA CIRURGIA, TIPO DE OPERAÇÃO: LE + ILEOLECTOMIA DIREITA COM ANASTOMESE T-T ONDE FAZ REFERENCIA O LAUDO DE ALTA HOSPITALAR DO GETÚLIO VARGAS, DE REGISTRO Nº1065729, ONDE FÔRA SOCORRIDO PELA UNIDADE TÁTICA DE RESGATE DO GRUPAMENTO DO BOMBEIRO DE ATENDIMENTO PRÉ- HOSPITALAR, SOCORRIDO INICIALMENTE PARA UPA DE BARRA DE JANGADA, REGISTRADO COM O PRONTUARIO Nº 845206, ONDE FICOU SOB OS CUIDADOS DA MEDICA ADRIANA LIRA REGISTRO 24597, CONFORME CONSTA CERTIDÃO Nº 2017APH001889 DIV. OP.

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


WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO
(VITIMA)

VITIMA
(AUTOR \ AGENTE)



B.O. registrado por: **Milton Ricardo Brito de Oliveira** - Matrícula: **3854507**



SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO

AP

CERTIDÃO

Comprovação de ato declar

Certidão nº 2017APH001889 Div. Op.



Com fulcro no art. 5º XXXIV, letra "b" da Constituição Federal Brasileira, venho por meio de solicitação feita pelo(a) Sr(ª). WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO, 31 anos, BRASILEIRO(a), SOLTEIRO(a), RG nº 6397538 SDS PE, inscrito(a) na Receita Federal sob o CPF nº 058.265.174-33, residente à RUA AMAMBAI, nº 199, CONJUNTO TOPÁZIO, CANDEIAS, JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, certificar que este Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar atendeu a uma ocorrência no dia 05/10/2017, por volta das 03:36 hs, no endereço: AV. AYRTON SENNA, S/N, JARDIM ~~PIEDADE~~ JABOATÃO DOS GUARARAPES-PE, referente a um(a) COLISÃO, envolvendo AUTOMÓVEL CELTA PRATA PGH6631-PE, no(a) qual fora vitimado(a) o(a) Sr(ª) WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO, inscrito sob o CPF nº 058.265.174-33 e Registro Geral nº 6397538, atendido(a) pela Unidade Tática de Resgate do Grupamento de Bombeiros de Atendimento Pré-Hospitalar, comandada pelo(a) CB ERASMO. Foi transportado(a) para o UNIDADE DE PRONTO-ATENDIMENTO (BARRA DE JANGADA). Registrado(a) com o prontuário nº 845206. Ficou aos cuidados do médico ADRIANA LIRA, registro 24597. Os registros desta Certidão foram extraídos dos arquivos da Divisão de Operações / GBAPH.

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DE PERNAMBUCO
05-10-2017 11:11 356514 1/1

Posição em: 29/11/2017

A autenticidade desta certidão deve ser confirmada através do portal do Corpo de Bombeiros, no site
<http://www.cbma.pe.gov.br/>, consultando protocolo nº 2017APH001889

Av. João de Barros, 399 - Boa Vista - Recife/PE - CEP 50050-180
Fone: (81) 3182-9126 / CNPJ: 00.358.773/0001-44

HOSPITAL GETÚLIO VARGAS



SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Documentação médica - hr



LAUDO DE ALTA HOSPITALAR

Nome: WEYDSON LOPES DO NASCIMENTO

Idade: 31 anos

Registro: 564577 - 1065729

Data de Internamento: 05/10/17

Data de Alta: 12/10/17

Data da operação: 05/10/17

Operador: Dr. Jean

1º Auxiliar: Dr. Adriano

Anestesista: Dra. Rosa Maria

Tipo de anestesia: Raquianestesia

Diagnóstico pré-operatório: Trauma abdominal fechado

Tipo de operação: LE + Ileocelectomia direita com anastomose T-T

Diagnóstico pós-operatório: Grande Quantidade de sangue e coágulos (+- 1000ml) em cavidade abdominal + lesão serosa em meso de ileo distal + lesão de serosa +- 10cm de ceco + lesão de serosa em sigmóide.

História Clínica:

Paciente de 31 anos, com histórico de acidente automobilístico, chega à emergência dia 05/10/2017, encaminhado da Upa de Barra de Jangada, com dor e sangramento há 4 horas. Realizou laparotomia exploratória, sem intercorrências. Recebe em boas condições clínicas. Paciente recebe orientações sobre retirada de pontos.

Orientações:

1. Prescrevo:
Diplrona 500mg - Tomar 01 comprimido de 6/6h, se dor ou febre.
2. Lavar ferida operatória com água e sabão neutro;
3. Marcar o ambulatório de cirurgia geral após 15 dias;
4. Resgatar material enviado para biopsia histopatológica em 30 dias, pelo telefone: 3184-5757
5. Retirar pontos após 10 dias da cirurgia (dia 15/10/17) em unidade de saúde mais próxima da residência.

Dr. Italo Cordeiro Moreira
MR Cirurgia Geral
CRM-PE: 25.433

Médico, Recife 12/10/17

SEPARADOR LIDER DEPART 14 05-10-2017 11:11 356513 1/1

Protocolo Biopsia - 3083-17