

☐ Mudou-se ☐ Recusado ☐ Falecido
☐ Desconhecido ☐ Ausente ☐ Endereço
☐ Informação do porteiro / síndico ☐ Não existe o número indicado ☐ Não procurado

Reintegrado ao serviço postal em _____

Responsável _____



0594 106264494



SEBASTIAO CARLOS MANGABEIRA FERREIRA
 RUA CANA FISTOLA 226
 AREIA BRANCA
 56330-035 PETROLINA - PE



7213195069113040000000394230140618



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - 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 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

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 COAF**².

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 nº9.613/98.

Pelo exposto, eu MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO inscrito (a) no CPF/CNPJ 772.869.954 / 72 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário NEILTON FERREIRA DE SOUZA inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.904.134 / 06, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima NEILTON FERREIRA DE SOUZA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 105.904.134 / 06

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 informado, 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 CANA FISTOLA</u>		Número <u>226</u>	Complemento _____
Bairro <u>AREIA BRANCA</u>	Cidade <u>PETROLINA</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>56330-035</u>
Email <u>ASSESSORIA.GOIANA@GMAIL.COM</u>		Telefone comercial(DDD) <u>87 98861-5398</u>	Telefone celular (DDD) <u>81 99502-4368</u>

PETROLINA PE, 22 de AGOSTO de 2018

Local e Data


Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, PAULO OLIVEIRA ARAUJO
RG nº 2902077, data de expedição / / ,
Órgão SSP PE, portador do CPF nº 342 298 415-15 com
domicílio na cidade de PETROLINA, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA 30 LOTEAMENTO RECIFE, nº 395,
complemento , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima NEILTON FERRAZ DE SOUZA cujo o condutor era
NEILTON FERRAZ DE SOUZA.

Veículo: MOTOCICLETA
Modelo: YAMAHA /FACTOR YBR 125
Ano: 2011/2012
Placa: PEV 4883
Chassi: 9C6K31510C0030380
Data do Acidente: 07.12.17
Local e Data: PETROLINA, 25 de julho de 2018

Paulo Oliveira Araujo
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Ficha de Atendimento - Emergência

Not. AC. TT

AC. Trak

DADOS DO PACIENTE

Prontuário: 51092542
Paciente: NEILTON FERREIRA DE SOUZA
Mãe: ZILDENI FERREIRA DE SOUZA
Endereço: RUA ALGODAO, nº 471 - JOAO DE DEUS / PETROLINA (PE)
CNS: 700008105105904
Telefone: (87) 999690194
Doc. Identificação:

Nasc.: 16/12/1992 Idade: 24

ANAMNESE DO MÉDICO

SIMV
Acidente motorciclístico
Dor em COXA D. com edema

Rx da COXA D. AP e P
Rx da Bacia AP

Dr. Cícero Askânio de A. Rego
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12049-PE
CRM 15481-BA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 745 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-440

Fratura diafisária do Fêmur D
Instalado traço esquelética na
Tela
Internamente cirúrgico

Dr. Cícero Askânio de A. Rego
Ortopedia - Traumatologia
CRM 12049-PE
CRM 15481-BA

Micheline Mendes P. Lima
Assessoria Administrativa
HU-UNASF / BSERH
Telefone: 210.2962

24/05/2017

Ass. Paciente:

Saída: ___ / ___ / ___ Hora: ___ : ___

Data de Impressão: 07/12/2017

Hora: 19.45

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

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

2 - CNES

6042414

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DE ENSINO DR. WASHINGTON ANTONIO DE BARROS

4 - CNES

6042414

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
NEILTON FERREIRA DE SOUZA6 - ACOMPANHANTE
SIM7 - PRONTUÁRIO
51092542

8 - CNS

700008105105904

9 - RG

10 - CPF

10590413406

11 - NASCIMENTO

16/12/1992

12 - SEXO

M

13 - RAÇA/COR

PARDA

14 - ETNIA

15 - NOME DA MÃE

ZILDENI FERREIRA DE SOUZA

16 - TELEFONE DE CONTATO

(87) 999690194

17 - NOME DO RESPONSÁVEL

18 - TELEFONE DE CONTATO

19 - ENDEREÇO

RUA ALGODAO, nº 471 - JOAO DE DEUS

20 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

PETROLINA

21 - CÓD IBGE

2611101

22 - UF

PE

23 - CEP

56300001

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente Motociclistico. Trauma de Alta energia.
Exame vascular nervoso normal.
Lado tração esquelética25 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Cirurgia

Micha...
Assistente Administrativo
HH VAP...
219.2992

26 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
RX

29/08/2018
Data

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rio Barbosa, 715 Loja 5
Gracós - Recife, PE CEP: 52011-040

27 - DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

28 - CID 10 PRINCIPAL

S72.3

29 - CID 10

30 - CID 10 C. ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

31 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

33 - CLÍNICA

34 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

35 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF36 - N. DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROF. SOL/ASSISTENTE
84856602420

37 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

CARCIO ASKANIO DE ARAUJO REGO

38 - DATA DA SOLICITAÇÃO
07/12/201739 - ASS. CARIMBO (CRM 12049-9)
12049/CREMEPE CRM 12049-9**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

40 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

41 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

42 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

43 - CNPJ DA SEGURADORA

44 - N. BILHETE

45 - SÉRIE

46 - CNPJ EMPRESA

47 - CNAE EMPRESA

48 - CBOR

49 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

50 - NOME PROF. AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

51 - COD. ORGÃO

52 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

53 - NÚMERO DOCUMENTO (CNS/CPF) PROF. AUTORIZADOR

54 - DATA DE AUTORIZAÇÃO

08-12-17

55 - ASSINATURA E CARIMBO (N. REG. CONSELHO)

56 - N. AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

201710756148-6



HOSPITAL
SÃO PEDRO
CENTRO MÉDICO

Laudo médico

Neilton Feneira de Souza re/tra
tu sofria acidente de moto-
ciclota em 07.12.2017
apresentando fratura do fêmur
de membro direito. Realizou
osteossíntese com placas e
parafusos em 16-12-2017
no momento de encerrar a
alta definitiva e limitação
funcional de caixa e folha
somerôdas

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife/PE CEP: 52011-4

Dr. Mauricio R. Santos
Ortopedista
CREMEPE: 24504

18/08/18

Registro de Classificação de Risco

Protocolo de Manchester

Identificação do Paciente

Nome: NEILTON FERREIRA DE SOUZA
 Sexo: MASCULINO
 Transporte: SAMU
 Chegada: 07/12/2017 19.36.02
 Idade: 34
 Data de Nascimento: 16/12/1982

Classificação de Risco

Queixa Principal:	colisão entre motos há 1 hora. trauma em mid e msd										
Fluxograma:	problemas em extremidades					Discriminador: dor leve recente					
Parâmetros:	Glicemia Capilar					Escala de Coma de Glasgow:			15		
	Pulso					Ritmo:			Sat O2 (%):		
	Temperatura Timpânica					Escala de Dor:			3 PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos		MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		
Fluxo Interno:	ortopedia										
Classificador:	ERICK BRUNO BARROS ALVES					COREN / CRM:		346955		Hora de Início CR: 07/12/2017 19.36.19 Hora de Fim CR: 07/12/2017 19.38.00	

Reclassificação

Queixa Principal:											
Fluxograma:						Discriminado					
Parâmetros:	Glicemia Capilar					Escala de Coma de Glasgow:					
	Pulso					Ritmo:			Sat O2 (%):		
	Temperatura Timpânica					Escala de Dor:			PA		
Prioridade Clínica:	EMERGENTE VERMELHA 0 minutos		MUITO URGENTE LARANJA Até 10 minutos		URGENTE AMARELA Até 60 minutos		POUCO VERDE Até 120 minutos		NÃO URGENTE AZUL Até 240 minutos		
Fluxo Interno:											
Classificador:						COREN / CRM:				Hora de Início CR: : Hora de Fim CR: :	

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO VERIFICADO
 23 AGO 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

Michelle Mendes Pereira
 Ass. Gerente Administrativo
 CUIA/PAASF/FEBSERH
 CAGE: 219.2932

24 05 2018

HUNAF EBSERH

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

NOME: <i>Meliton Pereira de Sousa</i>	DATA INTERNAÇÃO:
DIAGNOSTICO: <i>Fratura fêmur D</i>	DATA CIRURGIA: <i>16.12.13</i>
PROCEDIMENTO: <i>Tornante cirúrgico</i>	INÍCIO:
	TÉRMINO:
CIRURGIÃO: <i>Alvaro</i>	Anestesista: <i>Carvalho</i>
CIRURGIÃO: <i>Brayley</i>	
1º aux.: <i>Francisco</i>	2º Aux:
Anestesia: <i>Profunda</i>	

Após insucesso com medicação e analgésicos +
fratura fêmur D com D abertura por placa
2 placas de fixação fixadas com placa
DEP
4.5 layers +
parafusos com 2.5 cm
depois fixar + outro
- 1 placa DEP 4.5 layers
- parafusos mediana
- dois 6.4

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DEPARTAMENTO
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 23 AGO 2018
 Gente Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
 Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

HU - UNAF
 24.05.2013

Michelle Mendes Pereira
 Assistente Administrativo
 HU UNAF / EBSERH
 Fone: 219.2962

Dr. Ronaldo Carvalho Lustosa
Ortopedista - Traumatologia
 CRM 4873-BA - 10303-PE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO EMITENTE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO VALE DO SÃO FRANCISCO
HOSPITAL DE URGÊNCIAS E TRAUMAS
Av. José de Sá Maniçoba s/nº Campus - Centro - Petrolina-PE

PARA: NEILTON FERREIRA DE SOUZA

1) NOVALGINA 1G ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP DE 6 EM 6 HORAS, POR 5 DIAS

2) MAXSULID 400MG ----- 01 CAIXA

TOMAR 01 COMP DE 12 EM 12 HORAS, POR 5 DIAS

PETROLINA **18/12/2017**

NÃO ACEITAR TROCA DE MEDICAMENTO!
Resolução RDC nº 16/07

Identificação Comprador

Nome:.....

RG:..... Emissor:.....

Endereço:.....

Cidade:..... UF:.....

Telefone:.....

Identificação Fornecedor

Assinatura
farmacêutico

Data:

MÉDICO - CR

Dr. Danilo Sobreira
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia de Ombro e Cotovelo
CRM-PE 23054 / BA 21437

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DESVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

23 AGO 2018

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 9.008.891

DATA DE EXPEDIÇÃO 20/04/2010

NOME << NEILTON FERREIRA DE SOUZA >>

FILIAÇÃO << IZAÍAS REGES DE SOUZA >>

<< ZILDENI FERREIRA DE SOUZA >>

NATURALIDADE OURICURI - PE

DATA DE NASCIMENTO 16/12/1992

DCC ORIGEM << CN.9135 L.08A F.222 CART. SANTA

FILOMENA-PE 20.08.1993 >>

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graças - Recife / PE CEP: 52011-040

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAVARES RABIL

11R 29

POLEGAR DIREITO

NEILTON FERREIRA DE SOUZA

CARTÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

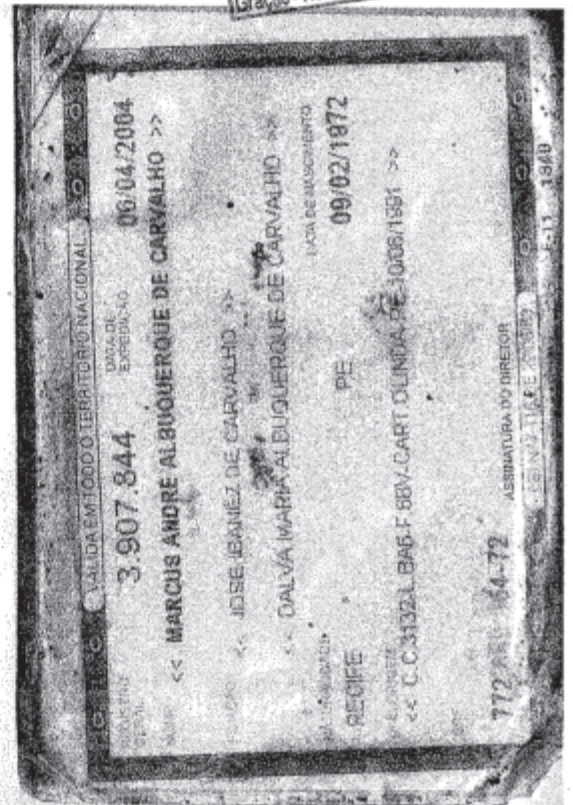
Número de inscrição
105.904.134-06

Nome
NEILTON FERREIRA DE SOUZA

Nascimento
16/12/1992



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Graciosa - Recife / PE CEP: 52011-040



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 013155223358

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

SMX-TP N. 60474

1 455447420

2017

NOME

PAULO OLIVEIRA ARAUJO

PETROLINA-PE

CPF / CNPJ

342.298.415-15

PLACA

PEU4883

PLACA ANT. UF

***** / PE

CHASSI

9CGHE1510C0030380

ESPÉCIE TIPO

PAS /MOTOCICLETA/MOTO-TAXI

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

MARCA / MODELO

YAMAHA/FACTOR YBR125 E

ANO / ANO

2011

2012

CAP. / POT. / CIL

2P/124CL

CATEGORIA

ALUGUEL

COR PREDOMINANTE

VERMELHA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC. / COTAS

IPVA 2017 QUITADO

1ª *****

FAIXA (PVA)

1

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO PAGO

OBSERVAÇÕES

SEM RESERVA

PETROLINA

LOCAL

DATA

24/02/17

Charles Andrews Sousa Ribeiro

Director Presidente DETRAN/PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DEVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
23 AGO 2018
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 Loja 5
Gracas - Recife / PE CEP: 52011-040



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Neilton Ferreira de Souza

DATA DO ACIDENTE 07.10.2017 CPF DA VÍTIMA 105.904.134-06

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Marcus André Albuquerque de Almeida

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ☐ VÍTIMA ☐ REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANÍSCO COM A VÍTIMA É Neilton Ferreira de Souza

ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Cruzrista

Nº 206 COMPLEMENTO BAIRRO Água Branca

CIDADE Petrolina UF PE CEP 56330-035

E-MAIL Assessoria.Gestao@cmic.com TELEFONE 81 99502-4368



DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SORRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

☐ NOTAS FISCAS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

☐ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

☐ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

☐ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

☐ CARTeira DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTeira DE TRABALHO OU CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

☐ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

• MORTE = R\$ 13.500,00

VALORES DE INDENIZAÇÃO
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

• O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA

• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA

NOME

ASSINATURA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180390884 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NEILTON FERREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE DE, 18/08/2018.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180390884 **Cidade:** Petrolina **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: NEILTON FERREIRA DE SOUZA **Data do acidente:** 07/12/2017 **Seguradora:** Sabemi Seguradora S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 03/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: LAUDO DO MÉDICO ASSISTENTE DE, 18/08/2018.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROCURAÇÃO PARTICULAR

Outorgante: NEILTON FERREIRA DE SOUZA
RG/CNH/CTPS: 9008891 CPF: 105 904 134 06
End: RUA OITENTA E OITO - 308 -
PEDRO NAMUNDO - PETROLINA / PE

Outorgado: MARCUS ANDRÉ ALBUQUERQUE DE CARVALHO
RG/CNH/CTPS: 3907844 CPF: 772 869 954 - 72
End: R. CANAFISTULA - 226 - ALTA BRANCA
PETROLINA - PE

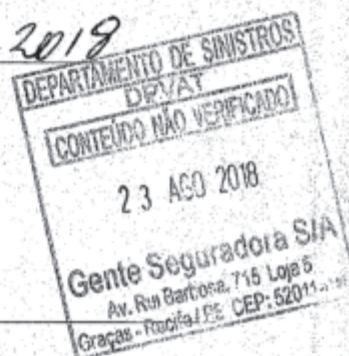
Nomeio meu bastante procurador o **outorgado** acima citado com poderes específicos para resolver todas as questões administrativas referentes ao **SEGURO DPVAT**, que figura como vítima: NEILTON FERREIRA DE SOUZA
cpf: 105 904 134 - 06

PETROLINA, PE ²⁴ de JULHO de 2018



Neilton Ferreira de Souza

(RECONHECER FIRMA POR AUTÊNTICIDADE)



Rio de Janeiro, 24 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **NEILTON FERREIRA DE SOUZA**

Nº Sinistro: **3180390884**

Vitima: **NEILTON FERREIRA DE SOUZA**

Data do Acidente: **07/12/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **MARCUS ANDRE ALBUQUERQUE DE CARVALHO**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180390884**.

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 13285651



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 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 deverá ser 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").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

105.904.134-06

Nome completo da vítima

NEILTON FERREIRA DE SOUZA

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	NEILTON FERREIRA DE SOUZA		CPF titular da conta	105.904.134-06	Profissão	AGRICULTOR
Endereço	RUA QUINTA E OITO		Número	308	Complemento	
Bairro	PEDRO RAIMUNDO	Cidade	PETROLINA	Estado	PE	CEP
						56300-000
Email	ASSESSORIA.GOIANA@GMAIL.COM				Telefone (DDD)	87 98801-5398

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	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos) BANCO Nome _____ AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____ (Informar dígito se existir)	
AGÊNCIA NRO. 2130 (Informar dígito se existir)	D/V _____ (Informar dígito se existir)	CONTA NRO. 17782 (Informar dígito se existir)	D/V 7 (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.

PETROLINA, 20 de JULHO de 2018
Local e Data

Neilton Ferreira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



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 da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

NEILTON FERREIRA DE SOUZA

CPF da Vítima

105 904 134-06

Data do Acidente

07.12.17

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

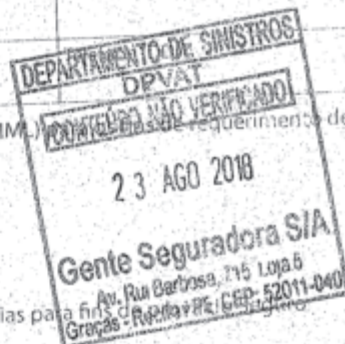
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para a indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



PETROLINA, 20 de JULHO de 2018

Local e Data

8 Neilton Ferreira de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



PETROLINA



SAMU

192

LAÍS CABRAL
Coordenadora Geral do SAMU

CERTIDÃO Nº 437/2018

Certificamos para os devidos fins que no dia 07 de Dezembro de 2017 às 18h: 36 min o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência foi acionado para prestar atendimento a **NEILTON FERREIRA DE SOUZA**, Vítima de acidente Moto ciclístico (Colisão Moto - Carro) na AV. Cardoso de Sá, próximo a Casa do Artesã em Petrolina PE. Conforme ocorrência de **Nº 12.459/17**. Foram realizados procedimentos Pré-Hospitalar e conduzido ao HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ficando sob os cuidados do **Enf. ERICK**.

Petrolina-PE, 05 de Abril de 2018



Debora Veloso
Assist. Administrativo
Samu Petrolina-PE

Debora Raquel Veloso

Resp. Estatística - SAMU



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: 05/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NEILTON FERREIRA DE SOUZA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02130

CONTA: 000000017782-7

Nr. da Autenticação 4AFA4ED6EB0EAD5F

CONTA CONTRATO MÊSANO DATA DE VENCIMENTO TOTAL A PAGAR (R\$) 52,61
7024312001 06/2018 22/06/2018
838300000000-4 52610011007-5 02431260110-4 13596013173-5