



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Douglas Santos da SilvaDATA DO ACIDENTE 09-05-18 CPF DA VÍTIMA 205.743.704-80

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR VÍTIMA REPRESENTANTE LEGAL, CUIJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDERECO DO PORTADOR _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____
CIDADE _____ UF _____ CEP _____
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

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)
 CARTERA 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 IMPÔSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSENCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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)
 DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

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

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)

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

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

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA
DATA 20/11/18

IDENTIDADE

NOME

ASSINATURA Douglas Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180548039 **Cidade:** Recife **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: DOUGLAS SANTOS DA SILVA **Data do acidente:** 09/05/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE BASE DA FALANGE PROXIMAL DO 5º DEDO DIREITO.

Resultados terapêuticos: NÃO DEFINIDO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO HOSPITALAR DE INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIAILIZOU ESTABELECEM A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS. PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:

- EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA. TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.

NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

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

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0421506/18

Vítima: DOUGLAS SANTOS DA SILVA

CPF: 705.743.704-80

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/05/2018

DOUGLAS SANTOS DA SILVA

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
Outros

DOUGLAS SANTOS DA SILVA : 705.743.704-80

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

Documentação recebida sem conferência.

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

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/11/2018
Nome: DOUGLAS SANTOS DA SILVA
CPF: 705.743.704-80

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/11/2018
Nome: RAIANNE SILVA BARBOSA
CPF: 102.869.074-61

DOUGLAS SANTOS DA SILVA

RAIANNE SILVA BARBOSA

Rio de Janeiro, 23 de Novembro de 2018

Aos Cuidados de: DOUGLAS SANTOS DA SILVA

Nº Sinistro: 3180548039

Vítima: DOUGLAS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 09/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180548039**.

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



Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180548039

Vítima: DOUGLAS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 09/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DOUGLAS SANTOS DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou 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 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.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

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, 27 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180548039

Vítima: DOUGLAS SANTOS DA SILVA

Data do Acidente: 09/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), DOUGLAS SANTOS DA SILVA

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	205.343.704-80	Douglas Santos do Silve
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:		CPE:
Profissão:	Endereço:	Número: Complemento:
Bairro:	Cidade:	Estado: CEP:
E-mail:	Tel.(DDD):	

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

DADOS CADASTRAIS
RENDIMENTO MENSAL:

- | | | | |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00 |
| <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00 |

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) |

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 163556 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima: _____

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
Local e Data, Recife 20-11-18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Douglas Santos do Silve
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura _____

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura _____





**GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO**

DEPARTAMENTO DE REPRESSÃO AOS CRIMES PATRIMONIAIS

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 18E2141003762

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **11/10/2018** às **12:41**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado), que aconteceu no dia **9/5/2018** às **08:40**

Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA SUL, 1** - Bairro: **SAO JOSE - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
DOUGLAS SANTOS DA SILVA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DOUGLAS SANTOS DA SILVA**
VEICULO: (Outros motivos), que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

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

DOUGLAS SANTOS DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **EDNA MARIA DE SOUZA** Pai: **VALMIR CARLOS DA SILVA** Data de Nascimento: **22/3/1997** Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **9150234/SDS/PE (RG), 70574370480 (CPF)** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **RUA HAVAI, 90 - CEP: 55000-000 - Bairro: SOCORRO - JABOATAO DOS GUARARAPES/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DOUGLAS SANTOS DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DOUGLAS SANTOS DA SILVA**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **PDQ5563** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO)

Ano Fabricação/Modelo: **2015/2015**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE PILOTEAVA A MOTO DE PLACA PDQ 5563, ANO E MODELO 2015, HONDA NXR 160 BROS, DE COR BRANCA DE PROPRIEDADE DE VALMIR CARLOS DA SILVA, NA AVENIDA ACIMA CITADA QUANDO FOI COLIDIDO POR OUTRA MOTO DE PLACA NÃO IDENTIFICADA, POIS O MESMO SE EVADIU DO LOCAL, SENDO JOGADO FORTEMENTE AO SOLO E EM SEGUIDA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA HOSPITAL DO EXÉRCITO.

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

Douglas Santos da Silva
DOUGLAS SANTOS DA SILVA
(VITIMA)

MBuril

B.O. registrado por: **MARCELLE DE FATIMA ALVES BURIL** - Matrícula: **350555-3**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:
	205.343.304-80	Douglas Santos do Silve
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012		
Nome completo:	Douglas Santos do Silve	
Profissão:	Endereço:	CPF: 205.343.304-80
Bairro:	Cidade:	Número: 90 Complemento:
E-mail:	CEP: 54170-155	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

AGÊNCIA: 0648 CONTA: 163556 0

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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 Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia 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

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos:
Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: Recife 20-11-18
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO
Douglas Santos do Silve
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



POR VOCÊ, TRABALHANDO SEM PARAR.



Secretaria de Saúde
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº. 112.05.2018
EM: 04.06.2018

Atendendo ao requerimento do paciente Sr. **DOUGLAS SANTOS DA SILVA**, portador do Documento de Identidade nº **9150234** SDS/PE e inscrito no CPF/MF sob o nº **705.743.704-80**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S-474542**, que no dia 09 de maio de 2018, foi atendido por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano do Recife, vítima de colisão entre motos, por volta das 8h40, na Avenida Sul, nas imediações do Viaduto Capitão Temudo, São José, Recife/PE e, em seguida, direcionado ao Hospital do Exército.

Recife, 04 de junho de 2018.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Sérgio Parente Costa
Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife



NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

**COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO**
AV.JOÃO DE BARROS, 111, BOA VISTA
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-93



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
VALMIR CARLOS DA SILVA
CPF: 868.418.744-04

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA HAVAI 90
SOCORRO/CAVALEIRO
54170-155 JABOATAO DOS GUARARAPES PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO 19/11/2018	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 09/11/2018	CONTA CONTRATO 007027433248
TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00	DATA DA APRESENTAÇÃO 09/11/2018	Nº DO CLIENTE 2000060050
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	NÚMERO DA NOTA FISCAL 038374403	
RESERVADO AO FISCO 5A5E.BC63.882B.811E.A11E.DF12.FCBF.1533		Nº DA INSTALAÇÃO 0001743580

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRIÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	247,00	0,73645862	181,90
Acréscimo Bandeira AMARELA			1,00
Acréscimo Bandeira VERMELHA			12,36
Contrib. Ilum. Pública Municipal			15,24
ICMS Subvenção-CDE-NF 030836344-06/09/18			1,37
TOTAL DA FATURA			211,87

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO	
	Consumo Ativo(kWh)	kWh
Consumo Ativo(kWh) 0,52158000	NOV 18	247
	OUT 18	251
	SET 18	208
	AGO 18	189
	JUL 18	209
	JUN 18	193
	MAI 18	181
	ABR 18	195
	MAR 18	164
	FEV 18	142
	JAN 18	
	DEZ 17	
	NOV 17	

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES					
DESCRIÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No.de horas sem Energia	IBURA	0,00	5,07	10,15	20,30
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,17	6,35	12,70
DMIC-Duração máxima de interrupção contínua		0,00	2,86	0,00	0,00
DICR-Duração de interrupção em dia crítico				Límite DICR: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 68,00					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos indicadores DIC, FIC, DMIC e DICRI a qualquer tempo.					

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR	ATUAL	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
00000003172316351	CAT	09/10/2018 1.732,00	09/11/2018 1.979,00	31	1,00000	0,00	247,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LECTURA: 12/12/2018							

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! eduarda joaquina de oliveira- r paes de andrade 289 ? / manoel messias de oliveira: r tulipas
Na data da leitura a bandeira em vigor é a Amarela. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pago, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próximo mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTAQUE AQUI

EXCELSIOR SEGURANÇA
21 NOV. 2018
SEGURADO DPVAT

20/11/2018 09

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, VALMIR CARLOS DA SILVA,

RG nº 072532044-5 data de expedição / /,
Órgão MET, portador do CPF nº 868418744-04 com
domicílio na cidade de JABOTÃO, no Estado de
PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA: HAWAII, nº 90,

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima DOUGLAS S. DA SILVA cujo o condutor era Douglas S. da Silva.

Veículo: moto/celto

Modelo: Honda NXR 160 Bros

Ano: 2015/2015

Placa: PQA 5563

Chassi: 09 00 maw 2018

Data do Acidente:

Local e Data:

→ 9E2KD0810ER428856

Assinatura do Declarante



Douglas Santos da Silva

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

CARTÓRIO
JUVENIL LIRA
CARTÓRIO
JUVENIL LIRA

CARTÓRIO DE REGISTRO CIVIL DE CAVALEIRO - 3º DISTRITO DE JABOTÃO DOS GUARARAPES-PE
Rua Manoel Corrêa, 441 - Cavaleiro - Jaboatão dos Guararapes, PE - CEP: 54210-085 - Fone: (81) 3251-2347
Titular: Juvenil Prazeres de Almeida Lira

Reconheço por autenticidade (doc s/vr econ) as firmas indicadas de
VALMIR CARLOS DA SILVA, DOUGLAS SANTOS DA SILVA
a qual conferem com o padrão registrado nesta serventia. Sou fér.
Jaboatão dos Guararapes, 13 de agosto de 2018. Em testemunha da
verdade.

NADIA MARY DE ALMEIDA LIRA VALENÇA (12 SUBSTITUTA)
Enol.: R\$ 7,98 ISNR: R\$ 1,60 Total: R\$ 9,58
Selo: 0074435.TBH07201801.00612 e 0074435.NBL07201801.00613

Consulte autenticidade em: www.tipe.jus.br/selodigital



Nr. PESO (Kg) ALTURA (cm) CIRC ABD (cm) CIRC PEL(cm) PSIST P DIAST TEMP(°C) IMC ICQ ANOTAÇÕES

Total de registros: 0

9 .HDA

Nr. CLINICA

SINTOMATOLOGIA

- 1 CARDIOLOGIA Assintomático do ponto de vista cardiológico Sedentário
 2 CLÍNICA MÉDICA 20 ANOS PACIENTE VEIO PARA REALIZAR EXAMES ROTINA. ASSINTOMÁTICO. CD: SOLICITO EXAMES LAB + SU + PF

Total de registros: 2

10 .Evolução

Nr. CLINICA CID LANÇAMENTO

REGISTRO

EXAME FÍSICO

CONDUTA

RESP

DATA REGISTRO

1 CARDIOLOGIA	Assintomático do ponto de vista cardiológico Sedentário	- ECG(16/05/18) Rítmo sinusal. FC 70 PR 140 Sem arv, sobrecargas ou bloqueios - Lab (15/05/18) Hb 16 Ht 44 Leuco 4720 bast 0 plaq 280 mil INR 0,97 g/dl Na 134 Ur 29 K 4,1 Cr 0,7	Ex físcio: EGB consciente orientado corado hidratado afebril eupnéico acianótico anictérico ACV RCR em 2tbnf sem sopros sem turbência jugular AR MV+ sem ra aht Ext: sem edemas pulsos cheios e simétricos PA 110x80 FC 70 FR 17 SO2 99%	babó risco - acp - cirurgia ortopédica	30629746900	16-05-2018 11:09
---------------	---	---	--	--	-------------	---------------------

Total de registros: 1

11 .Atd Triagem

Nr. TIPO LOCAL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

CID

DESTINO

Total de registros: 0

12 .Receitas

Nr. PRESCRIÇÃO

RESP

DATA REGISTRO

STATUS

Total de registros: 0

13 .Encam

Nr. TIPO ESPECIALIDADE

MOTIVO DO ENCaminhamento

RESPONSÁVEL

DATA

Total de registros: 0

14 .Guias

Nr. TIPO OCS/PSA

ESPEC / SOLICITANTE

RESPONSÁVEL

DATA

GUIA

STATUS

Total de registros: 0

15 .Atend

Nr. ID ATD TIPO LOCAL

ANAMNESE E EXAME FÍSICO

CID

DESTINO LEITO

DATA

STAT

1 0007 ATD 5a EMERG Enfermaria	PACIENTE REFERE ACIDENTE DE MOTO (MOTO X MOTO) NO DIA 09/05/18; ATENDIDO NESTA EMERGÊNCIA ONDE EVIDENCIOU-SE FRATURA DA BASE DA FALENGE PROXIMAL DO 5º DEDO DIREITO. VEM PARA INTERNAMENTO A FIM DE REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO. SEM QUEDAS NO MOMENTO. EXAMES: GLICOSE: 86 MG/DL HB 16,1; HT 44,4; INR 0,97; PLAQ 280.000; PARECER CARDIOLÓGICO: BAIXO RISCO. PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X MOTO HÁ +- 1H 30. PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, SEM IMOBILIZAÇÃO EM PRANCHA LONGA OU COLAR CERVICAL (ATENDENTE DO SAMU AFIRMA QUE PACIENTE RECUSOU). PACIENTE DEAMBULA SEM AJUDA. NEGA PERDA DE CONSCIÊNCIA OU EPISÓDIO EMÉTICO. REFERE DOR EM ANTEBRAÇO E MÃO DIREITOS. GLASGOW = 15, CONSCIENTE, ORIENTADO. NEGA ALÉRGIA MEDICAMENTOSA	S62.6 Frat de outr dedos	ALTA	0008	17-05-2018 20:15	LIBERADO
2 0006 ATD PM SL 01 EMERG	Z00 Exame geral invest pess s/queix diagn relat	ALTA	0013	09-05-2018 09:30	LIBERADO	



07/06/2018 13:40



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
C M NE - 7º RM / 7º DE
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco / 1817)

FICHA DE INTERNAÇÃO

Internamento: 17/5/2018

Paciente: DOUGLAS SANTOS DA SILVA

Prontuário: 140212203

Prec-CP: 34258055301

Posto/Grad: DMA SGT

OM: SIP/7

Ident. 70574370480

Dt Nasc: 22/3/1997

Enderec RUA HAWAI 90 SOCORRO- JABOTATÃO

Telefone(s): 979150950

Idade: 21

GUIA DO FUSEX Nº

Especialidade: ORTOPEDIA

Médico resp: ROMERO

Acompanhante: EDNA MARIA DE SOUZA

Documento: 0

Responsável pelo preenchimento:

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Autorizo este hospital a realizar tratamento clínico ou cirúrgico do paciente acima identificado, bem como realizar as investigações técnicas que forem julgadas necessárias para um perfeito diagnóstico.

Outrossim responsabilizo-me pelo resarcimento de qualquer despesa que venha a ser realizada durante a sua internação, que esteja fora do alcance das normas legais vigentes do convênio.

Comprometo-me, ainda, a promover a desocupação das dependências do Hospital, após receber alta pelo médico assistente.

Declaro que estou ciente que o Hospital não se responsabiliza por jóias, dinheiro, proteses ou qualquer objeto de pacientes internados, bem como pela fuga ou evasão dos mesmos sem alta.

OBS: Deverá chegar ao Hospital no horário de 19:00 até 20:30 hs. Ressalta-se a importância que nos casos de "acidente de serviço" o beneficiário deverá apresentar os documentos comprobatórios.

Recife-PE, 14 de maio 2018

Douglas Santos
Responsável ou Paciente

Chefe do Plantão

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE - 7ª RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)



Douglas Souto

DVS

Está com Dr. Ximenes

Sou Chefe de Plantão

Cirurgia - Hospital

Data: 17/11/18

Hs 2

Agua 05 22ml

H108 b



"PROCTICE SEMPRE EFETIVAMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS"





**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE - 7^a RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)**



Dia 10. 11. 18

Dev. Fim

Nº 826 V 15

Quintal C.º: 5620

Romero E. C. Mendes
Sargentado
C.M. 12/200 PE
C.M. 12/200 C.M. 12/200
ID 6736736

21/10/18

"PROCURE SEGUIR FIELMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS"



卷之三

18.500.000,-

WATSON

Dolichos S. - *oblongus*

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE 7º RM/TDE
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE

Paciente:

Deyviles Santos da Silveira

Exame

Lisador — OICP

Nome do coagulador

do 06 em 06 horas.

Assinatura

Frederico G. Luz Ribeiro
Maj. Médico
ID 079713484-3 CRM 10836

19/05/18

Referência dia 21/05/18 às 07:00 da manhã

Reunio

a do Hospício , 563 CEP 50050-050 Recife - PE
(81) 2123- 4800

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE - 7º RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)



Ao Ambulatório da ORTOPEDIA
MAS ROMERO (2ª feira - 7h)

Dargear Santos da Silva, 21
anos, vítima de acidente
de moto e fratura de
base do talânce proximal
de 5º degrau direito.

Solicito avaliação

Grato

DEBORAH de Lima Costa Ferreira
1º Ten M&E
CRM-PE 21403
IDT. 070286287-0 EB

OCURE SEGUIR FIELMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS"

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
CMNE - 7º RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco/1817)



LAUDO MÉDICO

Douglas Santos da Silveira, 21 anos,
com história de acidente de
trânsito (colisão moto x moto).
Atendido nessa emergência,
onde evidenciou-se fratura
de base da falange proximal
do 5º dedo direito. Paciente
foi liberado após analgesia,
sensibilização tipo splint
e encaminhado ao
ambulatório da ortopedia →

"OCURE SEGUIR FIELMENTE AS PRESCRIÇÕES MÉDICAS"

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT

cont.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRAZILIAN MINISTRY OF HEALTH
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DE RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco - HMP)

to. seu nome.

Recife, 09/05/18.

CID 10: S62.6

DEBORAH de Lima Costa Ferreira
1º Tenente
CRM-PE: 21005
IDT: 070206297-9 EB

O CORPO SEUS HERANÇAS AS HERANÇAS MÉDICAS.

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT



MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
C M N E - 7^a RM
HOSPITAL MILITAR DE ÁREA DO RECIFE
(Hospital Militar de Pernambuco / 1817)

PARA : **Douglas Santos da Silva**

Risco Cirúrgico

Paciente, 21 anos, assintomático do ponto de vista cardiológico, sem comorbidades cardiovasculares prévias, possui risco baixo de eventos cardíacos para o procedimento cirúrgico proposto, cirurgia ortopédica em membro superior direito, segundo critérios do American College of Physicians.

Recife, 16 de maio de 2018

Rafael Oliveira da PAIXÃO
2º Ten Médico Cardiologista
CRM-PE: 17.032
Idt.070615197-5 MD/ES

EXCELSIOR SEGUROS
21 NOV. 2018
SEGURO DPVAT