

CONTRAN

DENATRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 014357041135

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

 VIA - 542970777
 COD. REG. - 00000000000000000000000000000000
 EXERCÍCIO - 2019

EDNALDO JOSÉ DA SILVA

PLACA - RGL7657

090.511.744-11

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

PE Nº 014357041135 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDNALDO JOSÉ DA SILVA

 ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA.

 www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

STA M CAMBUCA-PE

090.511.744-11

HONDA/CG 150 TITAN ESD

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

2013

 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

 SEM RESERVA
 DE FORTES ORÇAMENTOS
 DE FORTES ORÇAMENTOS

15/11/13

04/02/19

DATA

 SEGURADORA LÍDER - DPVAT
 CNPJ 09.245.608/0001-04

JUL-2018



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Declaração

Declaro para os devidos fins que o senhor
Eriovaldo Cardoso da Silva, RG 7044679,
CPF 066.296.764-08, SUS 898003725938875,
foi vítima de queda de motocicleta dia
27/05/19, apresentou TCE Modificado + HEDA
bifrontal, sendo submetido a drenagem
de HEDA dia 28/05/19, sendo Posterior-
mente acompanhado no ambulatório de
Neurocirurgia, no momento paciente
requisita repouso + Tontura ao realizar
esforços físicos.

Data / /

Dr. Nêda
CRM/PE - 18.061
27 MAI 2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Erionaldo Cardoso da Silva, 33 anos, portador do RG: 7044679 SDS/PE, filho da Sra. Cicleide Maria da Conceição e do Sr. José Cardoso da Silva, residente no Sítio Manduri na Cidade de Santa Maria do Cambucá – PE. Solicitou no dia 06/02/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclistico. Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 27/01/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior. CRM – 23472.

Esclarecimento: Quanto ao nome Eronildo Cardoso da Silva, foi escrito errado, retificando com Erionaldo Cardoso da Silva.

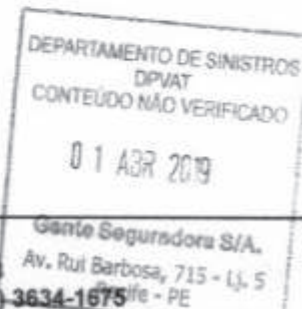


Surubim, 07 de fevereiro de 2019.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador de Enfermagem
Matrícula 49163
Hospital Municipal de Surubim

Ionara S. Silva

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME



OLETIM DE EMERGÊNCIA
ontuário: 45542
ome: ERONILDO CARDOSO DA SILVA
id.: MANDURI
dade: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
ãe: CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO
rofissão:

Cor/Raça: PARDO
Idade: 33 Anos 8 Meses 2 Dias
Nascimento: 25/05/1985
Bairro: ZONA RURAL
Nac.: ESTRANGEIRA
Pai: JOSÉ CARDOSO DA SILVA
Responsável:

Nº OCORRÊNCIA: 00052218
Sexo: MASCULINO
Est.Civil: SOLTEIRO(A)
CEP: 55765000
Doc nº:
Tel.: 23472

Últimas Ocorrências:
Data: 27/01/2019 Hora: 22:05 Nº Ocorrência: 52218 Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: ACIDENTE
S 582433 *3181-5473*

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

| HORÁRIO: | P.A. | FC | PULSº | PESO | ASSINATURA |
|----------|------|----|-------|------|------------|
| | | | | | |

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:
*PACIENTE VITIMA
DE ACIDENTE NO
CICLISTA EM 30min
(ALCOHOL). APRESENTA
BOLEIA EM NÓDULO
PUNHA BILATERAL.
GWI 15.*

TRATAMENTO:
*- 500mg 1000 mg
- hipotensão 500mg 1000mg
- Glicose 300 mg
- observação
- 5607674 (HCE)
MARIA LUIZA*

Dr. Mário Júnior
Clínica Geral
CRM-PE 23472

Daniel
CRM-PE 23472

EXAMES COMPLEMENTARES:

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

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:
RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐

JUSTIFICATIVA:
CURATIVO ☐ NEBULIZAÇÃO ☐ BÁSICO ☐ ESP ☐ RETIRADA DE PONTO ☐

TÉCNICO / COREN

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:
às _____ h _____ m do dia _____

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO |
|------------------------|--------------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

DATA: 27/01/2019 22:05:15

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA

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



UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local

| | | | | | |
|---|--|--|------------|----------------------|--------------|
| Hospital Local: | | Município: | | | |
| Nome do Paciente: | | data de Nascimento: ____/____/____ | | | |
| Quadro Clínico: Paciente vítima de acidente motorístico no 32miv da via pública, apresentando lesões por impacto direto no tórax e abdômen 2019 | | | | | |
| HD: | | DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 04 JUN 2019 Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5 Recife - PE | | | |
| Assinatura do (a) Médico (a) Assistente | | CRM: | | DATA: | |
| Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão | | COREN: | | | |
| 1ª REMOÇÃO | 1º Hospital de Destino: | | Município: | Hora Saída | Hora Chegada |
| | Motivo (Registro Detalhado) HTB 1 (acidente motorístico) 5607 679 | | | | |
| | Assinatura do (a) médico (a): Dr. Mario Junior Clínico Geral CRM-PE 23472 | | CRM: | | |
| 2ª REMOÇÃO | 2º Hospital de Destino: | | Município: | Hora Saída | Hora Chegada |
| | Motivo (Registro Detalhado) _____ _____ _____ | | | | |
| | Assinatura do (a) médico (a): | | CRM: | | |
| Assinatura do Responsável | | | | | |
| Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem | | | | COREN: | |
| Assinatura do Motorista | | | | Placa da Ambulância: | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 ABR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - LJ. 5
Recife - PE

FICHA DE ESCLARECIMENTO

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| NOME: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA | PRONTUÁRIO: 1360590 | ATENDIMENTO: 01378602 |
| DATA DE NASCIMENTO: 25/05/1985 | FOI ATENDIDO EM: 28/01/2019 Às | |
| | DATA DA ALTA: 01/02/2019 ÀS 14:51 | |

Diagnóstico Provável:

- TCE MODERADO
- HEDA BIFRONTAL

Tratamento Realizado:

- PO DRENAGEM DE HEDA (28/01/19)

Observação:

VIDE RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

- RETIRAR PONTOS DIA 11/02/19
- REPOUSO E AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES DE TRABALHO POR 60 DIAS
- LAVAR FERIDA COM AGUA E SABAO NEUTRO PELO MENOS 2X/DIA
- PASSAR ALCOOL 70% NOS BORDOS DA LESAO APOS BANHO

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, EVOLUINDO COM DESORIENTAÇÃO. FEZ CT DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HEDA BIFRONTAL VOLUMOSO. FOI OPERADO EM 28/01 SEM INTERCORRENCIAS. VAI DE ALTA EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICITS. FO LIMPA E SECA.

Encaminhado para:

- RETORNAR AO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS



JOAO RIBEIRO MEMORIA JUNIOR - CRM: N° 24215

Recife, 01, FEVEREIRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação N° 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

RENALDO CARDOSO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ÔRG. EMISSOR / UF
7044679 SDS PE

CPF
066.296.764-00

DATA NASCIMENTO
25/05/1985

FILIAÇÃO
JOSE CARDOSO DA SILVA
CICLAIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

PERMISSÃO
ACQUISIÇÃO

ACC
ACQUISIÇÃO

CAR. HAB.
AN

IF REGISTRO
05646648122

VALIDADE
06/04/2022

1ª HABILITAÇÃO
21/11/2012

Observações
N/A

Renaldo Cardoso da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE - PE

DATA EMISSÃO
07/04/2017

Odetez Andreza Sousa Ribeiro
Assessor Presidente

40018698970
98678549018

PERNAMBUCO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1421981780

PROIBIDO PLASTIFICAR
1421981780

DE ACAL AP AM BA CE ES GO MA MT PE PR RJ RS SC SP TO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO

CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao 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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERONALDO CARDOSO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.296.764 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERONALDO CARDOSO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.296.764 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

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

| | | | |
|--|--------------------------|---|--|
| Endereço <u>RUA JOÃO BATISTA</u> | | Número <u>370</u> | Complemento <u>CASA</u> |
| Bairro <u>CENTRO</u> | Cidade <u>SURUBIM</u> | Estado <u>PE</u> | CEP <u>55750-000</u> |
| Email <u>AFSEGUROS1994@YAHOO.COM.BR</u> | | Telefone comercial(DDD) <u>(81)9700-1998</u> | Telefone celular (DDD) <u>(81)9161-3907</u> |

SURUBIM/PE, 27 de MARÇO de 2019
Local e Data

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



Terço Social de Energia Saneamento e Saneamento
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Almeida, 111, Boa Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50050-002
CNPJ 10.531.9...-0001-08 | Insc. Est. 0005843-03 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
ACRILIA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA JOAO BATISTA 370
CENTRO SURIUM
SURIUM PE
55750-000

CNP 945 234 444-04

CLASSIFICAÇÃO

BT RESIDENCIAL
RESIDENCIAL

DATA INSCRIÇÃO 07/01/2019
DATA INSCRIÇÃO 07/01/2019
DATA INSCRIÇÃO 07/01/2019
DATA INSCRIÇÃO 07/01/2019

7005749888
01/2019
05/02/2019
14/01/2019
TOTAL FISCAL (R\$) 102,04

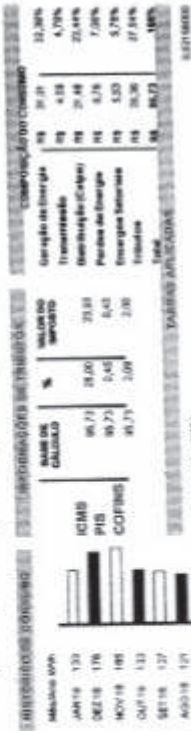
DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE PREÇO UNIT. VALOR (R\$)

Consumo Atividade (kWh)
Consumo Atividade Municipal

TOTAL DA FATURA 102,04

| DESCRIÇÃO DA FATURA | | | | DESCRIÇÃO DA FATURA | | | |
|---------------------|----------------|------------|-----------|---------------------|------------|-----------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA | LEITURA | Nº DE CONSUMIDORES | DATA | LEITURA | CONSUMO (kWh) |
| K0194 | C&F | 16/12/2018 | 24 872,00 | 24 | 13/01/2019 | 25 055,00 | 133,00 |



| DESCRIÇÃO DA FATURA | | | | DESCRIÇÃO DA FATURA | | | |
|---------------------|----------------|------------|-----------|---------------------|------------|-----------|---------------|
| Nº DO MEDIDOR | TIPO DA FUNÇÃO | DATA | LEITURA | Nº DE CONSUMIDORES | DATA | LEITURA | CONSUMO (kWh) |
| K0194 | C&F | 16/12/2018 | 24 872,00 | 24 | 13/01/2019 | 25 055,00 | 133,00 |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DIPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 ABR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
1421884961
VALOR EM TODO
O TERCEIRO NACIONAL
1421884961

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF 945.234.444-04
DATA NASCIM. 06/07/1974
FILIAÇÃO JOSE GOMES DE MOURA
ENDEREÇO RUA JOAO BATISTA 370
Cidade: Recife - PE
CEP: 55750-000
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005843-03
INSCRIÇÃO MUNIC. 0005843-03
DATA EMISSÃO 17/06/2002



Observações
Nome: M. Moura de A. Fernandes
LOCAL SURUBIM - PE
DATA EMISSÃO 10/04/2017
92306755000
PE079665372
PERNAMBUCO



Ofício nº 17/2019

Surubim, 07 de Fevereiro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**, DN: 15/05/1985, RG nº: 7044679 SDS/PE, foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia **27/01/2019**, às **21h e 42min** vítima de acidente motociclistico (Colisão), o(a) paciente recebeu os cuidados imediatos no local e posteriormente foi encaminhado para a **Unidade de Pronto Atendimento – UPA** de Surubim-PE com o código ID:S-582466.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

Marcos Antônio

COREN/PE 493.899 - ENF
SAMU SURUBIM

Dr. MARCOS ANTONIO
Enf. Interv. 493.899
COREN-PE 493.899

PROTÓCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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

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

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: |
| | 066.296.764-08 | ERONALDO CARDOSO DA SILVA |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: | CPF: | |
| ERONALDO CARDOSO DA SILVA | 066.296.764-08 | |
| Profissão: | Número: | Complemento: |
| REC INF | 224 J | CASA |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| ZONA RURAL | SANTA MARIA DO CAMBUCA | PE |
| E-mail: | CEP: | Tel.(DDD): |
| | 55780-000 | (85) 9700-1998 |

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

RENDA 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

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) |
| <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) | Nome do BANCO: _____ |
| AGÊNCIA: 2551 <input type="checkbox"/> CONTA: 24320 <input type="checkbox"/> 9 | AGÊNCIA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CONTA: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentando, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos: |
| | Vivos: _____ Falecidos: _____ | Vítima deixou nascituro (vai nascer)? |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Vítima deixou pais/avós vivos? |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

| | |
|---------------|------------------------------------|
| Local e Data: | SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 27/03/19 |
| Nome: | |
| CPF: | |

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Eronaldo Cardoso da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

| | |
|------------|--|
| 1ª Nome: | |
| CPF: | |
| 2ª Nome: | |
| CPF: | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.

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: |
| | 066.296.764-08 | ERIONALDO CARDOSO DA SILVA |
| REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012 | | |
| Nome completo: | CPF: | |
| ERIONALDO CARDOSO DA SILVA | 066.296.764-08 | |
| Profissão: | Número: | Complemento: |
| REC. INF | 224 J | CASA |
| Bairro: | Cidade: | Estado: |
| ZONA RURAL | SANTA MARIA DO CAMBUCA | PE |
| E-mail: | CEP: | Tel. (DDD): |
| | 55780-000 | (85) 9700-1998 |

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

RENDA 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

| | | | |
|--|---|---|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) | | <input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) | |
| <input type="checkbox"/> Bradesco (237) | <input type="checkbox"/> Itaú (341) | Nome do BANCO: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) | <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104) | | |
| AGÊNCIA: 2551 | CONTA: 24320 | AGÊNCIA: _____ | CONTA: _____ |
| (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) | (Informar o dígito se existir) |

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentando, 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| Estado civil da vítima: | <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo | Data do óbito da vítima: |
| Grau de Parentesco com a vítima: | Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: |
| Vítima teve filhos? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Se tinha filhos, informar quantos: |
| | Vivos: | Falecidos: |
| Vítima deixou nascituro (vai nascer)? | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Vítima deixou pais/avós vivos? |
| | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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.

| | |
|---------------|------------------------------------|
| Local e Data: | SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 27/03/19 |
| Nome: | |
| CPF: | |

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x *Erinaldo Cardoso da Silva*
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

| | |
|------------|--|
| 1ª Nome: | |
| CPF: | |
| 2ª Nome: | |
| CPF: | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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



513789
0109825/19

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

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206000428**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/02/2019** às **13:16**

52737
AL 0189153/19
319036220

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumados) que aconteceu no dia **27/1/2019** às **21:30**

Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LERIO DE CIMA, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR \ AGENTE)
EDNALDO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)
ERIONALDO CARDOSO DA SILVA (VÍTIMA)

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**

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

ERIONALDO CARDOSO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ CARDOSO DA SILVA** Data de Nascimento: **25/5/1985** Naturalidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7044679/SDS/PE (RG), 06629676408 (CPF), 05646648122 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81989020383**

Residencial: **SÍTIO MANDURI, PRÓXIMO A DONA PRETINHA - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A DONA PRETINHA**

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

EDNALDO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residencial: **SÍTIO TABU - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

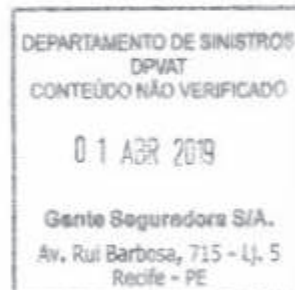
VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDNALDO JOSÉ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

ERIONALDO CARDOSO DA SILVACategoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**Placa: **PGL7567** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **642970777** Chassi: **9C2KC1650DR509014**Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE ERIONALDO CARDOSO DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 27/01/2019, POR VOLTA DAS 21:30 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA CITADA NO SÍTIO LERIO DE CIMA, ZONA RURAL DESTE MUNICIPIO, QUANDO A MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA E O MESMO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO E CAIU JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO GRAVE NA CABEÇA E FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CODIGO ID:S-582466 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGÊNCIA DA UPA E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE, CONFORME APRESENTAÇÃO DE FICHA DE ESCLARECIMENTO DO HR. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

ERIONALDO CARDOSO DA SILVA
(VITIMA)*Erinaldo Cardoso da Silva*B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **119534-4***José Roberto da Silva*

Rio de Janeiro, 11 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190362207

Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190362207

Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

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

Declaração do Proprietário do Veículo não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

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

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190362207

Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Data do Acidente: 27/01/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109825/19

Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

CPF: 066.296.764-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 27/01/2019

Titular do CPF: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

CPF de: Próprio

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
DUT
Outros

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ERIONALDO CARDOSO DA SILVA : 066.296.764-08

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: 01/04/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/04/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109825/19

Número do Sinistro: 3190248347

Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

CPF: 066.296.764-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 27/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 12/04/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/04/2019

Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA

CPF: 114.202.964-69

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

JULIANA BEZERRA DE LUNA

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE


| |
|---|
| NOME: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO |
| PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR |
| IDENTIDADE: 7.044.679 SDS/PE - CPF 066.296.764-08 |
| DATA DO ACIDENTE: 27/01/2019 |
| COBERTURA: INVALIDEZ |
| VÍTIMA: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA |
| ENDEREÇO: SI MANDURI, 224 J, STA MARIA/MANDURI, FREI MIGUELINHO- PE |

OUTORGADO

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

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

FREI MIGUELINHO- PE 12 DE FEVEREIRO 2019

 Erinaldo Cardoso da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º TABELIONATO
TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua 8 de Setembro, 18 - Centro - Surubim-PE
CNPJ: 011.8584-4/5 - Fone: (081) 3303-4000 - E-mail: t2@tblpe.com.br
Cidade: Surubim - PE

Reconhecido por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) ERIONALDO CARDOSO DA SILVA
Doc. de Surubim, quarta-feira, 20 de março de 2019 - 09:55h
Eu Testemunha
Elizabete Lima de Andrade Ladeira - 2ª Substituta
Total R\$ 7,79
O presente documento é autenticado pelo Tabelião de Notas de Surubim-PE
Selo(s): 0075214-2/201901.00350-Rua 8 de Setembro, nº 18 - Centro - SURUBIM-PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 MAR 2019

Osato Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 713 - Lj. 5
Recife - PE

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA ELIZABETH CARLOS DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 27/01/2019 CPF DA VITIMA 066.296.764-08
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VITIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA BAIRRO CENTRO
 Nº 370 COMPLEMENTO CASA UF CE CEP 55760-000
 CIDADE SURUBIM
 E-MAIL afseguros1994@yahoo.com.br TELEFONE (81) 9700-1998

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 VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ CPF DA VITIMA (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 VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DEFINITIVA
- ☒ BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- ☒ COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- ☒ AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

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 VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - 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 SEGUINTE:
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

RESPONSÁVEL PELA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

IDENTIDADE ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES
 DATA 27/01/2019
 ASSINATURA Adriana M. de A. Fernandes

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas de Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190248347

Nome do(a) Examinado(a): ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Endereço do(a) Examinado(a): SI MANDURI, 224 - Frei Miguelinho/PE - CEP 55780-000

Identificação - Orgão Emissor/UF/Número : 7044679 - SDS PE

Data e Local do Acidente : 27/01/2019

Data e Local do Exame : 26/04/2019 CLINICA AVANCE - RUA NOSSA SENHORA DE FATIMA, 350 - CARUARU/PE - CEP 55012-600

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Traumatismo crânio encefálico moderado com hematoma extra dural bifrontal e fratura do zigomático direito e osso frontal.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Quadro submetido a tratamento cirúrgico.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Vítima queixa de tontura, cefaleia, insônia, e déficit mnemônico. Ao exame: tontura.

IV. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada? [X] Sim [] Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? [X] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Dano neurológico.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

Vide motivo do impedimento no campo das observações

() “Vítima em tratamento” Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

() “Sem sequela permanente” (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Dano Neurológico

% do Dano (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

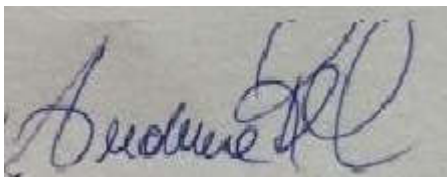
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal

% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII.* Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.

Dano neurológico. 10%



ANDREA RODRIGUES MADEIRA CRM : 19953 / UF :PE

0242164V

| Year | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | 2039 | 2040 | 2041 | 2042 | 2043 | 2044 | 2045 | 2046 | 2047 | 2048 | 2049 | 2050 | 2051 | 2052 | 2053 | 2054 | 2055 | 2056 | 2057 | 2058 | 2059 | 2060 | 2061 | 2062 | 2063 | 2064 | 2065 | 2066 | 2067 | 2068 | 2069 | 2070 | 2071 | 2072 | 2073 | 2074 | 2075 | 2076 | 2077 | 2078 | 2079 | 2080 | 2081 | 2082 | 2083 | 2084 | 2085 | 2086 | 2087 | 2088 | 2089 | 2090 | 2091 | 2092 | 2093 | 2094 | 2095 | 2096 | 2097 | 2098 | 2099 | 2100 |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 | 2026 | 2027 | 2028 | 2029 | 2030 | 2031 | 2032 | 2033 | 2034 | 2035 | 2036 | 2037 | 2038 | 2039 | 2040 | 2041 | 2042 | 2043 | 2044 | 2045 | 2046 | 2047 | 2048 | 2049 | 2050 | 2051 | 2052 | 2053 | 2054 | 2055 | 2056 | 2057 | 2058 | 2059 | 2060 | 2061 | 2062 | 2063 | 2064 | 2065 | 2066 | 2067 | 2068 | 2069 | 2070 | 2071 | 2072 | 2073 | 2074 | 2075 | 2076 | 2077 | 2078 | 2079 | 2080 | 2081 | 2082 | 2083 | 2084 | 2085 | 2086 | 2087 | 2088 | 2089 | 2090 | 2091 | 2092 | 2093 | 2094 | 2095 | 2096 | 2097 | 2098 | 2099 | 2100 | |

[illegible]

LETTER CAN BE SENT TO THE DIRECTOR TO THE FIELD

100

100

1997

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

1997

[illegible]

224

100

人 大 代 表 大 會



12-00000

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

11

10

10

100

100

100

44-38861-101

11-11

20

63



PRESENCIA DE SINISTROS
DPVAT
NÃO VERIFICADO

01 FEB 2018

Gearte Engenharia S/A.
Av. Rui Barbosa, 713 - Lj. 5
Recife - PE

0109825/19



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Declaração

Declaro para os devidos fins que o senhor
Eriomildo Landoso da Silva, RG: 7044679,
CPF: 066.296.764-08, SUS: 898003725938879
foi vítima de queda de bicicleta dia
27/01/19, apresentou TCE moderado + HEDA
bipontal, sendo submetido a drenagem de
HEDA dia 28/01/19, sendo posteriormente
acompanhado no ambulatório de Neurocirurgia,
no momento paciente refere repalcos + fadiga
ao realizar esforços físicos.

Data / /

Dr. Neto
CRM-PE - 18.087

11 ABR 2019

Dr. Neto
CRM-PE - 18.087

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CENAT
12 ABR 2019
Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 - 1º andar
Grupos - Recife - PE - 51011-040

Prefeitura Municipal de Surubim



**SAMU
192**

PREFEITURA DE

SURUBIM

Compromisso de cuidar das pessoas


SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Ofício nº 17/2019

Surubim, 07 de Fevereiro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**, DN: 15/05/1985, RG nº: 7044679 SDS/PE, foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia **27/01/2019**, às **21h e 42min** vítima de acidente motociclistico (Colisão), o(a) paciente recebeu os cuidados imediatos no local e posteriormente foi encaminhado para a **Unidade de Pronto Atendimento - UPA** de Surubim-PE com o código **ID:S-582466**.


Marcos Antônio
COREN/PE 493789 - ENF
SAMU SURUBIM

PROTÓCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Eronildo Cardoso da Silva, 33 anos, portador do RG: 7044679 SDS/PE, filho da Sra. Cicleide Maria da Conceição e do Sr. José Cardoso da Silva, residente no Sítio Manduri na Cidade de Santa Maria do Cambucá - PE. Solicitou no dia 06/02/2019 cópia do seu prontuário de atendimento devido acidente motociclístico. Atendido nesta Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24 horas) Dr. Gentil Augusto de Miranda em Surubim - PE, no dia 27/01/2019, pelo médico plantonista Dr. Mário Júnior, CRM - 23472.

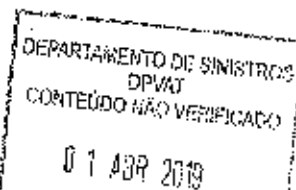
Esclarecimento: Quanto ao nome Eronildo Cardoso da Silva, foi escrito errado, retificando com Eronildo Cardoso da Silva.

Surubim, 07 de fevereiro de 2019.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador de Enfermagem
Matrícula 40913
Hospital Municipal de Surubim

Jonara S. Silva

Jonara Soares de Andrade Silva
SAME



DELETIM DE EMERGÊNCIA
ontuário: 45542
ome: ERONILDO CARDOSO DA SILVA
id.: MANDURI
dade: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ
ãe: CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO
ofissão:

Cor/Raça: PARDO
Idade: 33 Anos 8 Meses 2 Dias
Nascimento: 25/05/1985
Bairro: ZONA RURAL
Nac.: ESTRANGEIRA
Pai: JOSÉ CARDOSO DA SILVA
Responsável:

Nº OCORRÊNCIA: 00052218
Sexo: MASCULINO
Est.Civil: SOLTEIRO(A)
CEP: 55765000
Doc nº:
Tel.: 83472

Últimas Ocorrências:
Data: 7/01/2019 Hora: 22:05 Nº Ocorrência: 52218 Situação/Sintomas/Queixas/Eventos: ACIDENTE
S 582499 *3182-5473*

RE-CONSULTA: URGÊNCIA () NÃO URGÊNCIA () EMERGÊNCIA () ACIDENTE TRABALHO () ACIDENTE TRÂNSITO ()

| HORÁRIO: | P.A. | FC | PULSO | PESO | ASSINATURA |
|----------|------|----|-------|------|------------|
| | | | | | |

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:
PACIENTE vítima de acidente com motocicleta em zona urbana em via pública. Apresenta ferimentos bilaterais. GSW 15.

TRATAMENTO:
*- SG 950 1000 ml
- hidrocortisona 500mg 1Rx 1000
- Glibex 3 Rx 1000
- observação
- 5607 674 (HE)
MARIA LUÍZA
Dr. Mário Junior
Clínico Geral
CRM-PE 22472*

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:
RESIDÊNCIA ☐ INTERNADO ☐
JUSTIFICATIVA:
ENCAMINHADO:
REMOVIDO:
ÓBITO:
às _____ h _____ m do dia _____

☐ CURATIVO ☐ BÁSICO ☐ ESP
☐ NEBULIZAÇÃO ☐ RETIRADA DE PONTO

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:
☐ URGÊNCIA BÁSICA ☐ URG. ESPECIALIZADA
☐ OBS. BÁSICA ☐ OBS. ESPECIALIZADA

TÉCNICO / COREN:
MÉDICO / CRM:
HORÁRIO:

| CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | TÉCNICO / CONSELHO | HORÁRIO |
|------------------------|--------------------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |

DATA: 27/01/2019 22:05:15

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIDA PAULA

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS
DPMAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 ABR 2019
Genio Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE



UPA24h

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

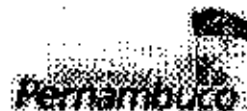
Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

1ª Via Hospital de destino/2ª Via Hospital local

| | | | | |
|---|--|------------------------------------|------------|--------------|
| Hospital Local: | | Município: | | |
| Nome do Paciente: | | data de Nascimento: ____/____/____ | | |
| Quadro Clínico: Paciente com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, com sintomas de dispnéia, edema de membros inferiores e aumento de peso. Paciente em uso de medicação para insuficiência cardíaca. Paciente em uso de medicação para insuficiência cardíaca. Paciente em uso de medicação para insuficiência cardíaca. | | | | |
| HD: <u>CE</u> | | | | |
| Assinatura do (a) Médico (a) Assistente | | CRM: | DATA: | |
| | | DATA: | | |
| Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão | | COREN: | DATA: | |
| | | | | |
| 1ª REMOÇÃO | 1º Hospital de Destino: | | Município: | Hora Saída |
| | | | | Hora Chegada |
| | Motivo (Registro Detalhado) | | | |
| | <u>1º Hospital de Destino: Hospital de Referência</u> <u>5607 619</u> | | | |
| Assinatura do (a) médico (a) | | CRM: | | |
| <u>Dr. Mario Junior</u> <u>Clinico Geral</u> <u>CRM-PE 20472</u> | | | | |
| 2ª REMOÇÃO | 2º Hospital de Destino: | | Município: | Hora Saída |
| | | | | Hora Chegada |
| | Motivo (Registro Detalhado) | | | |
| | | | | |
| Assinatura do (a) médico (a): | | CRM: | | |
| | | | | |
| Assinatura do Responsável | | | | |
| Assinatura e carimbo do Técnico de Enfermagem | | COREN: | | |
| | | | | |
| Assinatura do Motorista | | Placa da Ambulância: | | |
| | | | | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 ABR 2019
Gente Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.º S
Recife - PE



FICHA DE ESCLARECIMENTO

| | | |
|--|--|---------------------------------|
| NOME: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA | PRONTUÁRIO: 1360590 | ATENDIMENTO: 01378602 |
| DATA DE NASCIMENTO: 25/05/1985 | FOI ATENDIDO EM: 28/01/2019 Às | |
| | DATA DA ALTA: 01/02/2019 ÀS 14:51 | |

Diagnóstico Provável:

- TCE MODERADO
- HEDA BIFRONTAL

Tratamento Realizado:

- PD DRENAGEM DE HEDA (28/01/19)

Observação:

VER RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

- RETIRAR PONTOS DIA 11/02/19
- REPOUSO E AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES DE TRABALHO POR 60 DIAS
- LAVAR FERIDA COM AGUA E SABAO NEUTRO PELO MENOS 2X/DIA
- PASSAR ALCOOL 70% NOS BORDOS DA LESAO APÓS BANHO

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO, EVOLUINDO COM DESORIENTAÇÃO. FEZ CT DE CRANIO QUE EVIDENCIOU HEDA BIFRONTAL VOLUMOSO. FOI OPERADO EM 28/01 SEM INTERCORRENCIAS. VAI DE ALTA EM BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO, SEM DEFICITS. FO LIMPA E SECA.

Encaminhado para:

- RETORNAR AO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS

JOAO RIBEIRO MEMORIA JUNIOR - CRM: Nº 24215

Recife, 01, FEVEREIRO, 2019

ATENÇÃO:

Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDNALDO JOSE DA SILVA

RG nº 9.669.994, data de expedição 15/02/13,

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 090.511.744-11, com domicílio na cidade de STA MARIA DO CAMBUKA no Estado de PERNAMBUCO, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

SITIO TABU, ZONA RURAL, nº SIN,

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 ERIONALDO CARDOSO DA SILVA cujo o condutor era ERIONALDO CARDOSO DA SILVA.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 450 TITAN ESD

Ano: 2013


Placa: PGL 7657

Chassi: 9C2 KC165 0DR509014

Data do Acidente: 22/05/2019

Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUKA/PE

 Ednaldo Jose da Silva
Assinatura do Declarante

 Erinaldo Cardoso da Silva

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

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua São José, 10 - Centro - Surubim-PE
Fone: (081) 3551-1113 - E-mail: cartorio@tabelionatope.com.br
Cruzeta Maria Silva da Silva - Tabelionária

Recebeu por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de (1) EDNALDO JOSE DA SILVA
Deu fé, Surubim, 20 de março de 2019 - 09:54h
Em Testemunha da verdade:
Elizabete L. da S. Andrade Ladeira - 2ª Substituta
Total: 4,79 (quatro e setenta e sete por cento) de AUTENTICIDADE
Selo(s): 0073214-3/003201901-00557-Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro - SURUBIM-PE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua São José, 10 - Centro - Surubim-PE
Fone: (081) 3551-1113 - E-mail: cartorio@tabelionatope.com.br
Cruzeta Maria Silva da Silva - Tabelionária

Recebeu por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de (1) ERIONALDO CARDOSO DA SILVA
Deu fé, Surubim, 20 de março de 2019 - 09:55h
Em Testemunha da verdade:
Elizabete L. da S. Andrade Ladeira - 2ª Substituta
Total: 4,79 (quatro e setenta e sete por cento) de AUTENTICIDADE
Selo(s): 0073214-3/003201901-00554-Rua Sete de Setembro, nº 10 - Centro - SURUBIM-PE

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAY
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 ABR 2019
Carla Bagattoni S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - U. 5
Recife - PE

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados da seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234.444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERONALDO CARDOSO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.296.764 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERONALDO CARDOSO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.296.764 / 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

() Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

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

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

| | | | |
|-----------------------------------|----------------|--------------------------|------------------|
| Endereço | | Número | Complemento |
| <u>RUA JOÃO BATISTA</u> | | <u>370</u> | <u>CASA</u> |
| Bairro | Cidade | Estado | CEP |
| <u>CENTRO</u> | <u>SURUBIM</u> | <u>PE</u> | <u>55750-000</u> |
| E-mail | | Telefone comercial (DDD) | |
| <u>afseguros1994@yahoo.com.br</u> | | <u>(81) 9700-1998</u> | |
| | | Telefone celular (DDD) | |
| | | <u>(81) 9161-3907</u> | |

SURUBIM, 27 de MARÇO de 2019
Local e Data

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



Título Suplente de Energia Elétrica - Cota de 10.000,00 kWh/mês
 Companhia Paranaense de Energia
 Av. José de Roraima, 111 - Bairro Santa Felicidade - Curitiba - PR - CEP 81250-000
 Fone: (41) 3333-9122 - Fax: (41) 3333-9123 - E-mail: atendimento@celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE
 CECILEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
 SI MANTO, 1012- J.

CPF: 704.748.104-88 V. 5 63R13-2525

STA. MARIA MANOEL
 PRE. MIGUELINO FE
 55700-000

CLASSIFICAÇÃO

RECEITA
 RENDIMENTO

DATA DE EMISSÃO: 02/01/2019
 DATA DE VENCIMENTO: 02/01/2019
 DATA DE RECEBIMENTO: 02/01/2019



Consumo Mensal em kWh
 Consumo de energia elétrica em kWh
 Consumo de energia elétrica em kWh

| Consumo Mensal em kWh | Consumo de energia elétrica em kWh | Consumo de energia elétrica em kWh |
|-----------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| 33.000,00 | 33.184,25 | 33.184,25 |
| 33.000,00 | 33.184,25 | 33.184,25 |
| 33.000,00 | 33.184,25 | 33.184,25 |
| 33.000,00 | 33.184,25 | 33.184,25 |

TOTAL DA FATURA: 20,60

| Nº DO | MODAL | APRESENTAÇÃO | DATA | VALOR | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO |
|--------|-------|--------------|------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 000000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |

| CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |

CONSUMO MENSAL EM KWH
 CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA EM KWH
 CONSUMO DE ENERGIA ELÉTRICA EM KWH



| CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO | CONSUMO |
|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |
| 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 | 000 |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVFI
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 01/03/2019
 Santa Seguros S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
 Recife - PE

Prefeitura Municipal de Surubim



**SAMU
192**

PREFEITURA DE

SURUBIM

Compromisso de cuidar das pessoas

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Ofício nº 17/2019

Surubim, 07 de Fevereiro de 2019.

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaro para os devidos fins que o paciente **ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**, DN: 15/05/1985, RG nº: 7044679 SDS/PE, foi atendido(a) pelo **Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)** deste município, no dia **27/01/2019**, às **21h e 42min** vítima de acidente motociclistico (Colisão), o(a) paciente recebeu os cuidados imediatos no local e posteriormente foi encaminhado para a **Unidade de Pronto Atendimento – UPA** de Surubim-PE com o código ID:S-582466.


Marcos Antônio
COREN/PE 493199 – ENF
SAMU SURUBIM

RECEBI EM: ____/____/____

Recebedor

DOC: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Garcia Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - L. 9
Recife - PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **066.296.764-08** CPF da vítima: **066.296.764-08** Nome completo da vítima: **ERONALDO CARDOSO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SEI/SEP 09.415/2012

Nome completo: **ERONALDO CARDOSO DA SILVA** CPF: **066.296.764-08**
Profissão: **REC. INF** Endereço: **SI. MANDURI** Número: **224 J** Complemento: **CASA**
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ** Estado: **PE** CEP: **55780-000**
E-mail: **(81) 9700-1998**

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

DADOS CADASTRAIS
RECEITA 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 CONTAS)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as opções)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: **2551** CONTA: **24320** **9**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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 do andamento 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 extensão e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.134/74, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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, a fim da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PE 27/03/19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Eronaldo Cardoso da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 APR 2019

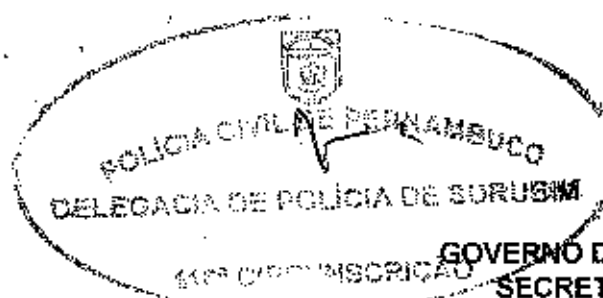
Assinatura
Gerente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.º S
Recife - PE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) 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.



513789

0109825/19

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0206000428**Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **26/02/2019** às **13:16**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **27/1/2019** às **21:30**

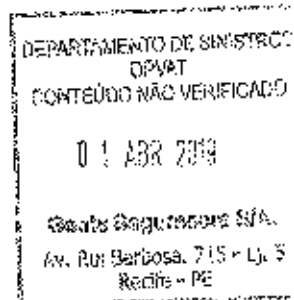
Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LERIO DE CIMA, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR/AGENTE)
EDNALDO JOSÉ DA SILVA (OUTRO)
ERIONALDO CARDOSO DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **ERIONALDO CARDOSO DA SILVA**



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

ERIONALDO CARDOSO DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO** Pai: **JOSÉ CARDOSO DA SILVA** Data de Nascimento: **25/5/1985** Naturalidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7044679/SDS/PE (RG), 06028676408 (CPF), 05648648122 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81989020383**

Residência: **SÍTIO MANDURI, PRÓXIMO A DONA PRETINHA - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO /BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL, PRÓXIMO A DONA PRETINHA**

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

EDNALDO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **SÍTIO TABU - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO CAMBUCA, 1, ZONA RURAL - CEP: 0 - Bairro: CENTRO - SANTA MARIA DO CAMBUCA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

VEÍCULO (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDNALDO JOSÉ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**

Placa: **PGL7567** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **642870777** Chassi: **9C2KC1650DR509014**
 Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

COMPARECEU NESTA DP A PESSOA DE ERIONALDO CARDOSO DA SILVA, NOTICIANDO QUE NO DIA 27/01/2019, POR VOLTA DAS 21:30 HORAS DIRIGIA A MOTOCICLETA ACIMA CITADA NO SÍTIO LERIO DE CIMA, ZONA RURAL DESTA MUNICIPIO, QUANDO A MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA E O MESMO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO E CAIU JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA E NA QUEDA SOFREU UMA LESÃO GRAVE NA CABEÇA E FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MOVEL DE URGÊNCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CODIGO ID:8-582466 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGÊNCIA DA UPA E EM SEGUIDA DEVIDO A GRAVIDADE DO FERIMENTO TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO NO RECIFE, CONFORME APRESENTAÇÃO DE FICHA DE ESCLARECIMENTO DO HR. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

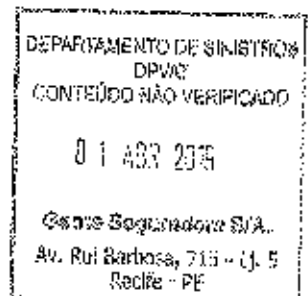
ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

(VITIMA)

Erinaldo Cardoso da Silva

B.O. registrado por: **JOSÉ ROBERTO DA SILVA** - Matrícula: **1195344**

José Roberto da Silva



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **066.296.764-08** CPF da vítima: **066.296.764-08** Nome completo da vítima: **ERONALDO CARDOSO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SEI/SEP 09.415/2012

Nome completo: **ERONALDO CARDOSO DA SILVA** CPF: **066.296.764-08**
Profissão: **REC. INF** Endereço: **SI. MANDURI** Número: **224 J** Complemento: **CASA**
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA** Estado: **PE** CEP: **55780-000**
E-mail: **(81) 9700-1998**

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

DADOS CADASTRAIS
RENDAMENTO 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 CONT)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (todas as opções)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **2551** CONTA: **24320** AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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 do andamento 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 extensão e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.134/74, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascit)? ☐ 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, a fim da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **SANTA MARIA DO CAMBUCA/PE 27/03/19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Eronaldo Cardoso da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS
1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 APR 2019
Assinatura
Gerente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Garda Seguros S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: **066.296.764-08** CPF da vítima: **066.296.764-08** Nome completo da vítima: **ERONALDO CARDOSO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO): CIRCULAR SEI/SEP 09.415/2012

Nome completo: **ERONALDO CARDOSO DA SILVA** CPF: **066.296.764-08**
Profissão: **REC. INF** Endereço: **SI. MANDURI** Número: **224 J** Complemento: **CASA**
Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ** Estado: **PE** CEP: **55780-000**
E-mail: **(81) 9700-1998**

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

DADOS CADASTRAIS
RENDAMENTO 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 DAS OPÇÕES)
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: **2551** CONTA: **24320** **9**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)
☐ CONTA CORRENTE (Todas as opções)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de reconhecimento 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 do andamento 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 extensão e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.134/74, 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 ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(s): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(s), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (val nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte 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, a fim da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ/PE 27/03/19**
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

x Eronaldo Cardoso da Silva
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 APR 2019

Assinatura
Gerente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 11.º S
Recife - PE

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

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

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Garda Seguros S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189153/19

Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

CPF: 066.296.764-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 27/01/2019

Titular do CPF: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES : 945.234.444-04

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

ERIONALDO CARDOSO DA SILVA : 066.296.764-08

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: 04/06/2019
Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES
CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/06/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189153/19

Número do Sinistro: 3190362207

Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

CPF: 066.296.764-08

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

Data do acidente: 27/01/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo

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: 07/06/2019

Nome: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

CPF: 945.234.444-04

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/06/2019

Nome: Marta Marinho dos Santos

CPF: 492.294.514-87

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos

FREI MIGUELINHO - PE, 30 MAIO 2019.

À LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO: REANÁLISE DO PROCESSO

VÍTIMA: ERIVONALDO CARDOSO DA SILVA
TIPO DE INDENIZAÇÃO: INVALIDEZ

SINISTRO: 3190248347

Prezado Senhor(a),

Solicito de V.S^a, que meu processo de invalidez seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 27/01/2019, TIVE TCE e HEDA BIFRONTAL, fui submetido a cirurgia, fiz todo o tratamento e mesmo assim ENCONTRO-ME ATUALMENTE COM SEQUELAS, assim como informa o laudo. Fui submetido a uma perícia médica designada por um médico da Lider e sem que me avaliasse de forma mais atenciosa, ele me negou o direito de receber minha indenização afirmando que não tenho seqüelas. Por isso venho através desta pedir a reanálise do meu processo para que seja liberada a minha indenização a qual faço jus dela.

DIANTE DO EXPOSTO, solicito de V.S^a, que meu processo seja REANALISADO, para que seja marcada uma nova perícia para que seja liberado o valor que realmente me é de direito, uma vez que eu ainda

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

Erivaldo Cardoso da Silva
ERIVONALDO CARDOSO DA SILVA



IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ERIONALDO CARDOSO DA SILVA
 DATA DO ACIDENTE 27.10.2019 CPF DA VÍTIMA 066.296.764-08
 PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES
 QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
 A VÍTIMA É _____
 ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA BAIRRO CENTRO
 Nº 370 COMPLEMENTO CASA UF PE CEP 55760-000
 CIDADE SURUBIM
 E-MAIL AFseguros1994@yahoo.com.br TELEFONE (81) 9700-1998

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 DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
☒ 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 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 SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
 () NOTAS FISCAIS (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

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

- VALORES DE INDENIZAÇÃO
- MORTE = R\$ 13.500,00
 - 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, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____
 IDENTIDADE 4810.389 SSP PE
 ASSINATURA Adriana Moura de A. Fernandes
 ASSINATURA _____

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
 NOME _____
 ASSINATURA _____

01 ABR 2019

Gente Seguradora S/A.
 Av. Rui Barbosa, 715
 Recife - PE, 50050-000



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190362207 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL BIFRONTAL, FRATURA DO OSSO FRONTAL E COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DRENAGEM DO HEMATOMA, TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL DIA 26/04/2019 ONDE NÃO SE EVIDENCIOU PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190362207 **Cidade:** Surubim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA **Data do acidente:** 27/01/2019 **Seguradora:** BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 11/06/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFÁLICO COM HEMATOMA EXTRADURAL BIFRONTAL, FRATURA DO OSSO FRONTAL E COMPLEXO ZIGOMÁTICO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DE DRENAGEM DO HEMATOMA, TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: VÍTIMA SUBMETIDA A PERÍCIA MÉDICA PRESENCIAL DIA 26/04/2019 ONDE NÃO SE EVIDENCIOU PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|-----------------------------|--|--|-----------|-----------------------|
| | | Total | 0 % | R\$ 0,00 |

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

| |
|---|
| NOME: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA |
| NACIONALIDADE: BRASILEIRO |
| PROFISSÃO: RECUSO INFORMAR |
| IDENTIDADE: 7.044.679 SDS/PE - CPF 066.296.764-08 |
| DATA DO ACIDENTE: 27/01/2019 |
| COBERTURA: INVALIDEZ |
| VÍTIMA: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA |
| ENDEREÇO: SI MANDURI, 224 J, STA MARIA/MANDURI, FREI MIGUELINHO- PE |


OUTORGADO

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



PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

FREI MIGUELINHO- PE 12 DE FEVEREIRO 2019

 Erinaldo Cardoso da Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

