

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

MENTO DE SINISTROS
DIPVAT
CIDO NÃO VERIFICADO
17-ABR-2019
e Seguradora S/A.
Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

dados do cliente

ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERNANDES

ENERGEO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA JOÃO BATISTA 370

CENTROSLUM
SURJEM PE
55750-000

CPF: 345.334.444-04

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
RESIDENCIALSERTA INSCRIÇÃO: 5600
RESIDENCIAL

DATA DE VENCIMENTO: 07/01/2019

CÓDIGO: 04540001

Nº DOCUMENTO: 3753008

DATA DE VENCIMENTO: 07/01/2019

CÓDIGO: 201110006

DATA DE VENCIMENTO: 07/01/2019

CÓDIGO: 102.04

Consumo Ativo(VATI)

Conte: Iuri Pachá Município

| DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL | | VALOR (R\$) | VALOR (R\$) |
|--------------------------|----------|-------------|-------------|
| QUANTIDADE | 0,000000 | 0,71939022 | 95,73 |
| | | | 8,31 |

VALOR (R\$)



PREFEITURA DE

SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Trabalhando com o povo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Declaro

Declaro para os devidos fins que o senhor
Erioualdo Cardoso da Silva, RG 7044679,
CPF 066.296.764-08, SUS 898003725938875,
foi vítima de queda de motocicleta dia
27/05/19, apresentou TCE moderado + HEDA
bifrontal, reato submetido à dranagem
de HEDA dia 28/05/19, sendo posterior-
mente encaminhado ao ambulatório de
Neurocirurgia, no momento presente
refere cefaleia + Tontura ao realizar
esforços físicos.

Data 1/1

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

*Dr. Nelson
CHAMPE - 18.05.
27 MAI 2019*

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

DEPARTAMENTO DE SINISTRO:
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Geste Seguradora S/A.
Av. P. 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.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

Surubim, 07 de fevereiro de 2019.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador de Enfermagem
Matrícula 10103
Hospital Municipal de Surubim

Ionara Soares de Andrade Silva
Ionara Soares de Andrade Silva

SAME

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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

OLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raca: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00052218

ontuário: 45542

CNS:

Idade: 33 Anos 8 Meses 2 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: ERONILDO CARDOSO DA SILVA

Nascimento: 25/05/1985

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

End.: MANDURI

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55765000

End.: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ

Nac.: ESTRANGEIRA

Doc nº:

End.: CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSÉ CARDOSO DA SILVA

Tel.: 23472

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

27/01/2019 22:05 52218

ACIDENTE

3180-5473

S 582499

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

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

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

PACIENTE VITIMA
OS ACIDENTE NO
CERVICAL HÁ 30MIN
(ALGODÃO) . PRESENTE
BOLSA EM
PUNIFORME
GROW. 15.

TRATAMENTO:

- SG 582499 1000ML
- Hidro Gantizone 500g 1FL 000g
- Gálico 300ML 450ML
- Obofeno
- 5607674 (HC)

Maria Lui. 27

Dr. Mário Júnior
Clínico Geral
CRM-PE 23472


Dr. Mário Júnior
CRM-PE 23472
Endocrinologista
Cadastrado 0052218

EXAMES COMPLEMENTARES:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA INTERNADO

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - J. 5
Recife - PE

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

JUSTIFICATIVA:

CURATIVO

 BÁSICO ESP

NEBULIZAÇÃO

 RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

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

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA | <input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA |
| <input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA | <input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA |

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

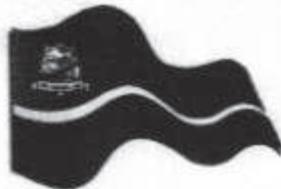
HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUTA PAULA

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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



Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Drº Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

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

| | | | |
|---|---|---|--------------|
| Hospital Local: | Município: | | |
| Nome do Paciente: | data de Nascimento: _____ | | |
| Quadro Clínico: | PACIENTE com quadro de desidratação moderada com hemivertigo e náuseas. Piora ao Tomo Biletrônico e anestesia do estomago. em evolução. | | |
| HD: | DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO | | |
| Assinatura do (a) Médico (a) Assistente | CRM: | 04 JUN 2019 | |
| Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão | COREN: | Geaia Seguradora S/A. | |
| 1ª REMOÇÃO | 1º Hospital de Destino: | Município: | Hora Saída |
| | Motivo (Registro Detalhado) | Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE | |
| | Assinatura do (a) médico (a): Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM-PE 23472 | CRM: | |
| 2º REMOÇÃO | 2º Hospital de Destino: | Município: | 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
- REPOSO E AFASTAMENTO DAS ATIVIDADES DE TRABALHO POR 60 DIAS
- LAVAR FERIDA COM ÁGUA E SABAO NEUTRO PELO MENOS 2X/DIA
- PASSAR ALCOOL 70% NOS BORDOS DA LESÃO 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.

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

Encaminhado para:

- RETORNAR AO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS

JOAO RIBEIRO MEMORIA JUNIOR - CRM: Nº.24215

Recife, 01, FEVEREIRO,2019

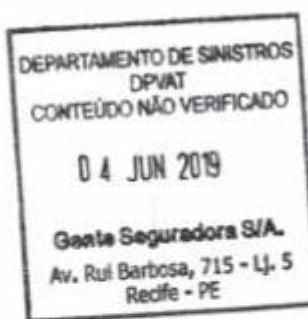
ATENÇÃO:

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

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones (0XX)81 - 3181-5400

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 fazenda de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES inscrito (a) no CPF 945.234-444 / 04, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERIONALDO CARDOSO DA SILVA inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.296.764 / 08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERIONALDO 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:
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-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

| | | | | | |
|----------|----------------------------|-------------------------|---------------|------------------------|------------------|
| Endereço | rua joão batista | Número | 370 | Complemento | CASA |
| Bairro | CENTRO | Cidade | SURUBIM | Estado | CEP 55750-000 |
| Email | AFSEGUROS3994@YAHOO.COM.BR | Telefone comercial(DDD) | (81)9700-1998 | Telefone celular (DDD) | (81)9161-3907 |

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

Adriana Ma. M. de A. Fernandes

Assinatura do Declarante



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 |  Marcos Antônio COREN/PE 493-899 – ENF SAMU SURUBIM Belo Interventor CONEN-PE 493-899 |
| 04 JUN 2019 | |
| Gente Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5 Recife - PE | |

| | | |
|-----------------------|-------|---|
| PROTÓCOLO RECEBIMENTO | | |
| RECEBI EM: | / | / |
| _____ | | |
| Rebedor | | |
| DOC: | _____ | |

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



Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Bon Vista, Recife, Pernambuco - CEP 50055-302
CNPJ 18.305.813/0001-08 | insc. Est. 0005943-81 | www.caep.com.br

DADOS DO CLIENTE

CICLOIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

OPF 704-742-154-001445 10063374525

CLASSIFICAÇÃO

81 RESIDENCIAL
BADA RENEA COMMNS

| | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 00000000000000000000000000000000 | 00000000000000000000000000000000 |
| 044005471 | UNICA |
| 22/12/2018 | 22/12/2018 |
| 22/12/2018 | 2061713238 |

ENDEREÇO DA TRIBUNAL DE CONTAS DO RIA

SI: MANDURIS 224 J

55780-000
ESTADONAS
4001011400 12/2018
DATA DE PAGAMENTO: 02/01/2019 02/01/2019
TOTAL A PAGAR R\$ 20,60

— D E B R I T A S T O D A Y F O O D —

| | QUANTIDADE | PREÇO (R\$) | VALOR (R\$) |
|---|------------|-------------|-------------|
| Consumo Ativo ate 30 kWh | 30.0000000 | 0,19441265 | 5,83 |
| Consumo Ativo superior a 30 ate 100 kWh | 38.0000000 | 0,31613598 | 12,01 |
| Acréscimo Bandeira AMARELA | | | 0,00 |
| Contrib. Ium. Pública Municipal | | | 2,98 |

TOTAL DEATHS

20.60

2024 RELEASE UNDER E.O. 14176

| Nº DO MEJOR | TIPO DA FUNÇÃO | ANTERIOR | | ATUAL | | Nº DE DIAS | CONSTANTE | AJUSTE | CONSUMO (WATT) |
|----------------|-------------------|------------|-----------|------------|-----------|---------------|-----------|--------|----------------|
| | | DATA | LEITURA | DATA | LEITURA | | | | |
| 3035260 | CAT | 23/11/2018 | 13.173,00 | 13/12/2018 | 13.241,00 | 30 | 1,00000 | | 88,00 |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPNAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

| SISTEMA DE TENSÃO DA INTERNAÇÃO | | | | | SISTEMA DE TENSÃO | |
|---------------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|-------------------|------------------------|
| TIPO | VALOR MÍNIMO | LIMITE MÍNIMO | LIMITE MÁXIMO | LIMITE MÁXIMO | TENSÃO MÍNIMA (V) | LIMITE DE VARIAÇÃO (%) |
| DC | 1,90 | 1,95 | 11,10 | 10,21 | 220 | |
| FC | 3,00 | 3,42 | 8,85 | 12,75 | | |
| FCG | 1,18 | 1,28 | 8,00 | 8,60 | | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 APR 2019

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

| | | | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------|-------------------|---------------------------|
| NP 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 N° 445/2012 | | | | |
| Nome completo: ERIONALDO 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: 55380-000 | Tel.(DDD): (81) 9700-1998 |
| E-mail: | | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDIMENTO MENSAL:

RECUSO INFORMAR ATÉ R\$1.000,00 R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

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

AGÊNCIA: 2551 (Informar o dígito se existir)

CONTA: 24320 (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5

Recife - PE

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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 | TESTEMUNHAS |
| Nome: _____ | 1º Nome: _____ |
| CPF: _____ | CPF: _____ |
| (*) Assinatura de quem assina A ROGO | |
| <i>Erionaldo Cardoso da Silva</i> | |
| Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) | |

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

Assinatura

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

| | | | | |
|--|---------------------------------------|----------------------------|--------------------------|--|
| NP 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 N° 445/2012 | | | | |
| Nome completo: ERIONALDO 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: 55380-000 | |
| E-mail: | Tel.(DDD): (81) 9700-1998 | | | |

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

DADOS CADASTRAIS

RENDA MENSAL:

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

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

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

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

AGÊNCIA: **2551** CONTA: **24320** 9
(Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: CONTA: 9
(Informar o dígito se existir) CONTA: 9
(Informar o dígito se existir)

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

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 reque

DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A.

**Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE**

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação de perdas permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa previsão de futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

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

Estou ciente de que a Seguradora Lider 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

ERIONALDO CARDOSO DA SILVA
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____

CPF: _____

2º | Nome: _____

CPF: _____

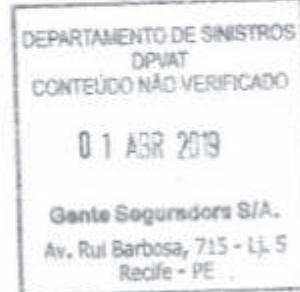
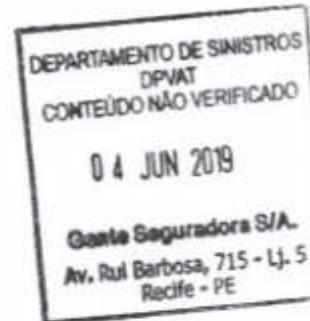
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
Assinatura
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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

(*) 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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

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

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 N.º 19E0206000428

5273A
Del 0189153/19
310036220

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 (VITIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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), 06629576408 (CPF), 05646648122 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(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 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **EDNALDO JOSÉ DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a):

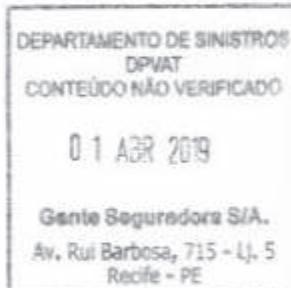
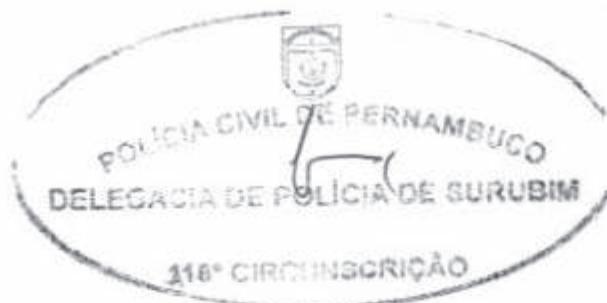
ERIONALDO CARDOSO DA SILVACategoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 TITAN ESD** Objeto apreendido: **Não**Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **01 (UNIDADE)**Placa: **PGL7567** (PERNAMBUCO/SANTA MARIA DO CAMBUCA) Renavam: **642970777** Chassi: **9C2KC1650DR509014**Ano Fabricação/Modelo: **2013/2013** 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 MUNICÍPIO, 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:5-582466 E DECLARAÇÃO/BOLETO 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 ESCOLARECIMENTO 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**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2019

Titular do CPF: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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: Isabelli Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Isabelli 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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2019

Titular do CPF: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 12/04/2019

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

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

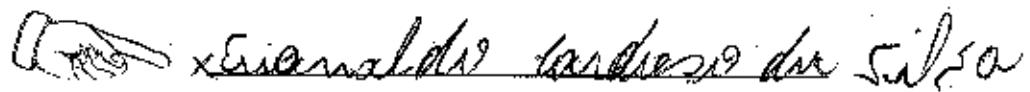
PROFISSÃO- RECUSO INFORMAR

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 CONSTITUÍO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO, ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

FREI MIGUELINHO- PE 12 DE FEVEREIRO 2019



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DEPARTAMENTO DE BENS/ROS
DPVAT
CONTROLE/DO/VERIFICADO

11 ABR 2019

Grata Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - J. 5
Recife - PE

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua 24 de Setembro, 18 - Centro - PE
fone: (81) 3234-4233 - Fax: (81) 3234-4233
Cronos, Maria Belchior, 01 - 01000-000

Reconheço por AUTENTICIDADE 1ª firma(s) de: (1)ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Doc. nº: Surubim, quinta-feira, 20 de março de 2019 - 09:55h

Em Testemunha: (2) - é a verdade.

Elizabeth Lira da Moraes Ladeira - 2ª Substituta

Total: R.795,00 (DÉZIMO QUINTE CENTO E DEZENAS DE REAIS)

Boleto(s): 00752141X3103201901.00550-Rua Sete de Setembro, nº

Centro - SURUBIM-PE



INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

DENTIFICAÇÃO

INVALIDEZ PERMANENTE DAMS

-DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADE E LEGÍVEL)

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

() CGF 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

() INSTRUTOS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITURARIO 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 BANCAIROS, TAIIS COMO COPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

| | |
|---|-------------------------------------|
| VITIMA: <u>ELTON ALDIO CARDOSO DA SILVA</u> | |
| DATA DO ACIDENTE: <u>27/04/2019</u> CPF DA VITIMA: <u>066.296.764-08</u> | |
| PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO: <u>ANDRÉA MARIA MOURA DE A. FERREIRAS</u> | |
| QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR: < VITIMA < <input checked="" type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTEESCO COM A VITIMA & _____ | |
| ENDERECO DO PORTADOR: <u>RUA JOÃO BENTISTA</u> | |
| Nº: <u>310</u> | COMPLEMENTO: <u>CASA</u> |
| BAIRRO: <u>CENTRO</u> | |
| CIDADE: <u>SUERBIM</u> | UF: <u>PR</u> CEP: <u>55760-000</u> |
| E-MAIL: <u>AFFSSEGURADOS1994@YAHOO.COM.BR</u> CONTE: <u>TELEFONE: (41) 97700-1998</u> | |

AVVOCATURA DI BANCA CIVILE DOCUMENTO INFORMATIVO

MANIÈRE DE SERVIR LES DÉJEUNERS

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 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) | <input checked="" type="checkbox"/> CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) |
| <input checked="" type="checkbox"/> CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) | <input checked="" type="checkbox"/> CPF DA VÍTIMA (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL) |
| JUÍZO DO INI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INI | |
| NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO INI: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO INI | |

ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ACTA DEFINITIVA.

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

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

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE FORMAM OS FUNDAMENTOS

- INFORMAÇÕES IMPORTANTES -

- MORTE = R\$ 15.500,00
 - INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURÓ PREVISTA NA LEI 14.947/74.
 - DESPESAS MÉDICAS (DIÁMAS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBÓS SO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPONDIVADAS.

6 PRÉZIO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO CONHECIDA NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÁ SER SOLICITADO DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS DITABOS NESTE FORMULÁRIO PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURADETRANSTO.COM.BR OU LIGUE PARA O FONE DE PESSOAL 0800 022 1204

| | | | |
|------------|-----------------|---------------------------|---|
| DATA | ENTENDIMENTO | NOME | ASSINATURA |
| 15/06/2018 | 1810.389.559-16 | Adriana L. N. de Oliveira |  |

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- | | |
|--|----------------|
| 1) CARTERA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDO DE NASCIMENTO OU CENSO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) | |
| 2) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) | |
| 3) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) | |
| 4) DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAIS) | |
| 5) OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE | |
| 6) SORTEADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE | |
| DATA | DATA |
| 7) NOME | 8) NOME |
| 9) ASSINATURA | 10) 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 ás regiões corporais acometidas.

Região Corporal

Dano Neurológico

% 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

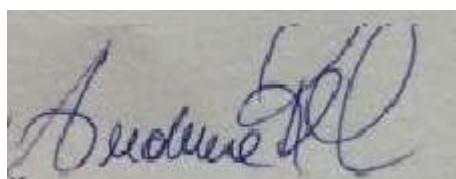
% do Dano 10% residual 25% leve
 50% médio 75% intensa 100% completo

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

EXTRATO DA UNIDADE DE CONSUMIDORA

ADRIANA VASCONCELOS FERNANDES - RUA JACINTO FERREIRA, 370

CPF: 945.234.442-02

CLASSE/FACTO
RESIDENCIAL

CENTRO SUR-BIN
A.R. FERREIRA PF
SET50-300

1421884961

| NR DO MÊS | DATA MÊS | INÍCIA | FINAL |
|--------------|-------------|------------|---------|
| 04/2018 | 17/01/2018 | 2011160000 | 2753038 |

Círculo Alvorada
Setor Ium. Peltica Municipal

| TIPO DE FUNÇÃO | DATA ANTERIOR | DATA ATUAL | VALOR |
|-------------------|------------------|---------------|------------|
| KE7514 | 13-03-2018 | 20-03-2018 | 133.700000 |

VALOR

01/09/2019

PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUCA

Trabalhando com o povo

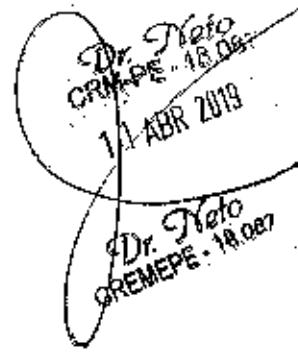
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

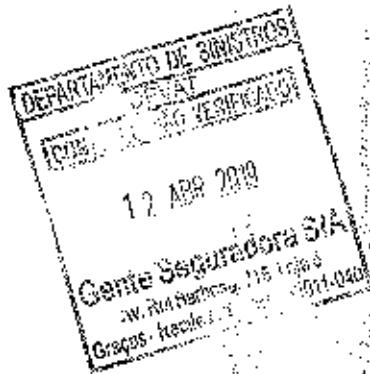
Declaro:

Declaro para os devidos fins que o senhor
Ericmoldo Landoso da Silva, RG: 7044679,
CPF: 066.296.764-08, SUS: 898003725938879
foi vítima de queda de motocicleta dia
27/01/19, apresentou TCE Malandro + HEDA
bifrontal, sendo submetido a cirurgia de
HEDA dia 28/01/19, sendo posteriormente
descompontado no ambulatório de Neurocirurgia,
no momento paciente refere referência + fadiga
ao realizar esforços físicos.

Data: 11/04/2019



Dr. Neto
GREMPE - 10.001



DEPARTAMENTO DE SINISTROS - DPVAT

ESTADO DA PERNAMBUCO

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

1421981780

JOÃO CARDOSO DA SILVA

01/04/2017

JOÃO CARDOSO DA SILVA

TIPOLOGIA: MULHER DA FAMÍLIA

DATA DE Nascimento: 21/11/2002

DATA DE EXPEDICAO: 01/04/2017

DATA DE VENCIMENTO: 01/04/2017

PERNAMBUCO

1421981780

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Ganto Seguradora S/A,
Av. Rui Barbosa, 715 - J. 5
Recife - PE



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 493469 – ENF
SAMU SURUBIM

PROTOCOLO DE RECEBIMENTO

| | |
|----------------------------------|---------------------|
| RECEBI EM: _____ / _____ / _____ | DATA: MARÇO DE 2019 |
| _____ | COREN/PE 493469 |
| _____ | ENFERMEIRO |
| _____ | DOC: _____ |
| _____ | |
| _____ | |

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Bento Seguradora S/A,
Av. Rui Barbosa, 715 - CJ. 5
Recife - PE



- DECLARAÇÃO -

Declaro para os devidos fins e efeitos legais que o Sr. Eronaldo 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 Eronaldo Cardoso da Silva.

Surubim, 07 de fevereiro de 2019.

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador de Informagem
Matrícula 40113
Hospital Municipal de Surubim

Ionara Soares de Andrade Silva
Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

| | | | |
|---------------------------------|------|-------------------------------|-------------------------|
| DELTIM DE EMERGÊNCIA | | Cor/Raca: PARDO | Nº OCORRÊNCIA: 00052218 |
| ontário: 45542 | CNS: | Idade: 33 Anos 8 Meses 2 Dias | Sexo: MASCULINO |
| ome: ERONILDO CARDOSO DA SILVA | Nº: | Nascimento: 25/05/1985 | Est.Civil: SOLTEIRO(A) |
| id.: MANDURI | | Bairro: ZONA RURAL | CEP: 55765000 |
| idade: SANTA MARIA DO CAMBUCÁ | | Nac.: ESTRANGEIRA | Doc nº: |
| âe: CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO | | Pai: JOSÉ CARDOSO DA SILVA | |
| oissão: | | Responsável: | Tel.: 23472 |

Últimas Ocorrências:

Data: Hora: Nº Ocorrência: Situação/Sintomas/Queixas/Eventos:

7/01/2019 22:05 52218 ACIDENTE

3380 - 5472

S 582499

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

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

DEIXAS / DIAGNÓSTICO:

PACIENTE VITIMA
DE ACIDENTE NA
ACREDITADA PELA
(PLANO DE SAÚDE) - APresenta
dores em dor crônica
PONTUAL SINTOMA
ORIGEM:

TRATAMENTO:

— 5G580 /000 100
— Hipoalergênc 500g / RL 100g
— Galtex 300g / RL 100g
— Olofenan
— 5607674 (HC)

Maria Lui 22

Dr. Mário Júnior
Clínico Geral
CRM-PE 23472

Daniel
corpo 2008259
Enfermagem

XAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA INTERNADO

| | | |
|--------------------------------------|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CURATIVO | <input type="checkbox"/> BÁSICO | <input type="checkbox"/> ESP |
| <input type="checkbox"/> NEBULIZAÇÃO | <input type="checkbox"/> RETIRADA DE PONTO | |

TÉCNICO / COREN

JUSTIFICATIVA:

ENCAMINHADO:

REMOVIDO:

ÓBITO:

ás _____ h _____ m do dia _____

| CONSULTAS /ATENDIMENTO MÉDICO: | | MÉDICO / CRM |
|--|---|--------------|
| <input type="checkbox"/> URGÊNCIA BÁSICA | <input type="checkbox"/> URG. ESPECIALIZADA | |
| <input type="checkbox"/> OBS. BÁSICA | <input type="checkbox"/> OBS. ESPECIALIZADA | HORÁRIO: |

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

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

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

RECEPCIONISTA: RAYANÉ AGUIRA PAULA

DEPARTAMENTO DE SERVIÇOS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

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



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: _____ | | | |
| HD: | | | |
| Assinatura do (a) Médico (a) Assistente | CRM: | DATA: | |
| Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão | COREN: | DATA: | |
| 1ª REMOÇÃO | 1º Hospital de Destino: | Município: | Hora Saída |
| | Motivo (Registro Detalhado) | | |
| | Assinatura do (a) médico (a): Dr. Mário Junior Clínico Geral CRM-PE 20478 | CRM: | |
| 2ª REMOÇÃO | 2º Hospital de Destino: | Município: | Hora Saída |
| | 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 - 13. 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:

- 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 ÁGUA E SABAO NEUTRO PELO MENOS 2X/DIA
- PASSAR ALCOOL 70% NOS BORDOS DA LESÃO APÓS BANHO

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, 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. FOI LIMPA E SECA.

Encaminhado para:

- RETORNAR AO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS

JOAO RIBEIRO MEMÓRIA 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

Gestão Seguradora SIA,
Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Av. Rui Barbosa, 715 - Jd. 5
Recife - PE

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, EDNALDO JOSÉ DA SILVA

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

Órgão SDS/PE, portador do CPF nº 090.531.744-11, com domicílio na cidade de SANTA MARIA DO CAMBUCA no Estado de PERNAMBUCO, onde resido (Rua/Avenida/Estrada) SITIO TABU, ZONA RURAL, nº 514,

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

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 350 TITAN ESD

Ano: 2013

Placa: PGL 7657

Chassi: 9C2 KCJ650DR509034

Data do Acidente: 22/01/2019

Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA/PE

Ednaldo José da Silva
Assinatura do Declarante

Ednaldo 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 Sebastião, 10 - Centro - Surubim-PE
E-mail: 47363-1113 - Fone: (81) 3422-8100 - www.tabelionato-surubim.com

Reconheço por autenticidade e firma(s) da(s) (1)EDNALDO JOSÉ DA SILVA

Deu Faz: Surubim, 22 de março de 2019 - 09:54h

Em Testemunha: Elizabete Lima de Andrade Ladeira - 2º Substituta

Total: 4,77 mil (4 mil 770) SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADES

Selo(s): 007324-85-003201901_00057-Pema, Selo de Setembro, nº 10

Centro - EDNALDO SILVA

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE

Rua São Sebastião, 10 - Centro - Surubim-PE
E-mail: 47363-1113 - Fone: (81) 3422-8100 - www.tabelionato-surubim.com

Reconheço por autenticidade e firma(s) da(s) (1)EDNALDO CARDOSO DA SILVA

Deu Faz: Surubim, 22 de março de 2019 - 09:55h

Em Testemunha: Elizabete Lima de Andrade Ladeira - 2º Substituta

Total: 4,77 mil (4 mil 770) SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADES

Selo(s): 007324-85-003201901_00054-Pema, Selo de Setembro, nº 10

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Comércio Bagaceira S/A,
Av. Rui Barbosa, 715 - C. 5
Recife - PE

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

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

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

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

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

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MOURA DE A. FERREIRA inscrito (a) no CPF 945.234.444-04,^{INSCRIÇÃO}
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário ERIONALDO CARDOSO DA SILVA, inscrito (a) no CPF sob o Nº 066.296.764-08, do sinistro de DPVAT cobertura INVALIDEZ da Vítima ERIONALDO 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 Lider-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 | <u>CENTRO</u> | Estado | CEP |
| | | <u>PE</u> | <u>55750-000</u> |
| Email: | <u>APSEGURAS1994@YAHOO.COM.BR</u> | Telefone comercial (DDD) | Telefone celular (DDD) |
| | | <u>(81)9300-1098</u> | <u>(81)9161-3907</u> |

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

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



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 4921699 – ENF
SAMU SURUBIM

PROTÓCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM: _____ / _____ / _____

Rebedor

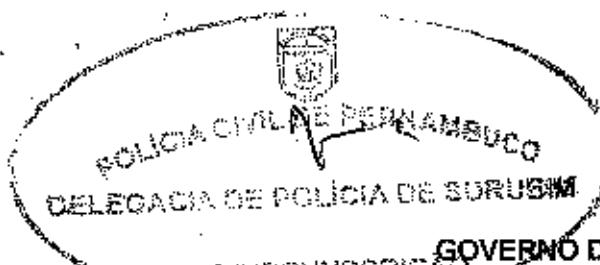
DOC: _____

2019-02-07
07/02/2019
07/02/2019

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Gratia Seguradora S/A,
Av. Rui Barbosa, 715 - L, 5
Recife - PE



5137-89
0109826/19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
116ª CIRCUITO INSCRIÇÃO

SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO

DELEGACIA DE POLÍCIA DA 116ª CIRCUNSCRIÇÃO - SURUBIM - DP116ªCIRC

DINTER1/16ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º **19E0206000428**

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

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (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 (VITIMA)

DEPARTAMENTO DE SINISTRO:
OPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Seu(s) Segundo(s) N/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 3
Recife - PE

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (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** Mão: **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), 06029676408 (CPF), 05646648122 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escaladade: **2º**. Grau Incompleto Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **- 81988020383**

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 (VEICULO) 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**

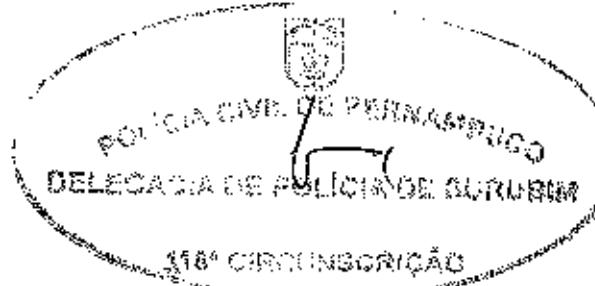
Complemento / Observação

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 DESTE MUNICÍPIO, QUANDO A MOTOCICLETA DERRAPOU NA AREIA E O MESMO PERDEU O CONTROLE DE DIREÇÃO E CAIU JUNTAMENTE COM A MOTOCICLETA E NA QUESA SOFREU UMA LESÃO GRAVE NA CABEÇA E FOI SOCORRIDO PELO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL 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 RECIFE, CONFORME APRESENTAÇÃO DE FICHA DE ESCLAIRECIMENTO DO HR. DIANTE DO FATO REGISTRA-SE PARA EFEITOS LEGAIS.

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

ERIONALDO CARDOSO DA SILVA
 (VITIMA) *Erionaldo cardoso da silva*

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



| |
|--|
| DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVIA CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 01 403 209 |
| Gestão Seguradora S/A. Av. Rui Barbosa, 715 - L.J. 5 Recife - PE |

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº de sinistro ou ASL: CEP da vítima: Nome completo da vítima:
066.296.764-08 ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SEBEP 09/05/2012

Nome completo:
ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Profissão: Endereço:
REC. INF. **SLIMANDUR**

Bairro: Cidade:
ZONA RURAL **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

E-mail: Estado:
PE

CPF:
066.296.764-08

Número: Complemento:
2243 **CASA**

CEP:
55780-000

Tel. (DDD):
(81) 9700-1998

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado. (Comprovar com documento anexo [ANEXAR CóPIA]).

DADOS CADASTRAIS

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 ASSIMATÉMUMA ORDEM DE CONTA

CONTA P/UPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprovando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e irrevogável com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não
 Vivos: Falecidos: Vivos: Falecidos:

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração de não-verdade poderá gerar a obrigatoriedade de resarcir o valor recebido, aém 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 RODO

Erionaldo Cardoso da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1º | Nome:
 CPF:

2º | Nome:
 CPF:

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 ABR 2019

Assinatura
 Gestão Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - I.J. 5
 Recife - PE

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e casados, comprovando-lhe a leitura do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Gestão Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 15.5
Recife - PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº de sinistro ou ASL: CEP da vítima: Nome completo da vítima:
066.296.764-08 ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO - CIRCULAR SECP 09/05/2012

Nome completo:
ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Profissão: Endereço:
REC. INF. **SLIMANDUR**

Bairro: Cidade:
ZONA RURAL **SANTA MARIA DO CAMBUCÁ**

E-mail: Estado:
PE

CPF:
066.296.764-08

Número: Complemento:
2243 **CASA**

CEP:
55780-000

Tel. (DDD):
(81) 9700-1998

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado. (Inserir comprovante anexo [ANEXAR CóPIA]).

DADOS CADASTRAIS

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 ASSIMATÉMUMA ORDEM DE CONTAS

CONTA P/UPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): CONTA CORRENTE (Todos os bancos):
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)
 AGENCIA: CONTA:
 (Inserir o dígito se existir) (Inserir o dígito se existir)

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

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

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

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, comprovando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia e irrevogável com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou: Sim Não Vítima deixou: Sim Não
 Vivos: _____ Falecidos: _____ Nasceu, m (val nascer): _____

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando certo, ainda, de que qualquer omissão ou declaração de não-verdade poderá gerar a obrigatoriedade de resarcir o valor recebido, aém da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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

TESTEMUNHAS
 1º | Nome: _____
 CPF: _____

2º | Nome: _____
 CPF: _____

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

[*] Assinatura de quem assina A RODO
Erionaldo Cardoso da Silva
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

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

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

Assinatura da Seguradora S/A
 Av. Rui Barbosa, 715 - I.J. 5
 Recife - PE

01 ABR 2019

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

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



DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPMAS
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

01 AGO 2019

Gestão Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 15.5
Recife - PE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0189153/19

Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

CPF: 066.296.764-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2019

Titular do CPF: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 04/06/2019

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

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 27/01/2019

Titular do CPF: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA

Seguradora: BRASIL VEICULOS CIA DE SEGUROS

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da entrega: 07/06/2019

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

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.

A 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 estou com seqüelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo.

estou com
DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

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

Erivonaldo Cardoso da Silva
ERIVONALDO CARDOSO DA SILVA

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA E 0 CONVALDO CARDOSO 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 PARANTEESCO COM A VITIMA É

ENDERECO DO PORTADOR Rua JOÃO BATISTA
Nº 370 COMPLEMENTO CASA BARRIO CENTRO
CIDADE Subúrbio UF PE CEP 55160 - 000
E-MAIL AFSEGURADOS1994@YAHOO.COM.BR TELEFONE (81) 9700-1998

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

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

(X) 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)

(X) CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE QUE A VITIMA NÃO POSSUI LAUDO DE LAUDO DO IML DE SINISTRO

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

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) DEclaracão de residênciA

(ORIGINAL)

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO DE SINISTROS
DRAFT
QUE NÃO VERIFICADO
04 DE JUNHO DE 2019
Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715 - Centro
Recife - PE - 50010-000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO DE SINISTROS
DRAFT
QUE NÃO VERIFICADO
04 DE JUNHO DE 2019
Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715 - Centro
Recife - PE - 50010-000

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
CONTEÚDO DE SINISTROS
DRAFT
QUE NÃO VERIFICADO
04 DE JUNHO DE 2019
Gente Seguradora
Av. Rui Barbosa, 715 - Centro
Recife - PE - 50010-000

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)

() 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 RECEITÁRIO 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, TAIIS 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) 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

() 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

* SOMA-BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COM OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
PARA COMPANHIA O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

01 ABR 2019

Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Centro
Recife - PE - 50010-000

Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Centro
Recife - PE - 50010-000

Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Centro
Recife - PE - 50010-000

Gente Seguradora S.A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Centro
Recife - PE - 50010-000

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

DATA _____

NOME _____

ASSINATURA _____

1810 389 5591
J. J. de
J. J. de
J. J. de

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 SUSCETIVELIS 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 SUSCETIVELIS 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 |

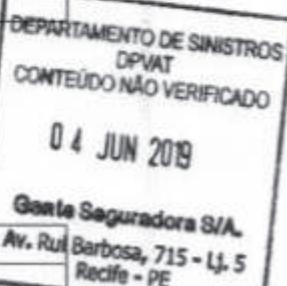
PROCURAÇÃO

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

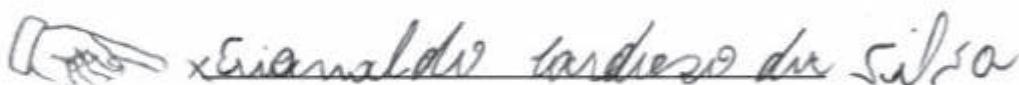
OUTORGADO

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 CONFIÓ PODERES PARA REPRESENTAR-ME PERANTE AS SEGURADORAS QUE CONSTITUI O CONSÓRCIO DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT.

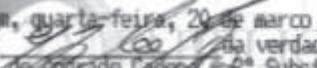
FREI MIGUELINHO- PE 12 DE FEVEREIRO 2019



ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua Santa Ifigênia, 100 - Centro - Surubim-PE
Fone: (81) 3234-1112 - E-mail: carlosrodriguesnotario@gmail.com
Cleusa Maria Silva de Lima - Tabelia Pública

Reconheço por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1)ERIONALDO CARDOSO DA SILVA
Dou fe. Surubim, quarta-feira, 20 de março de 2019 - 09:55h
Em Testemunho  da verdade.
Elizabeth Lira de Andrade Cabral - 2^a Substituta
Total: 4,79 (VALOR SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE)
Selo(s): 0075214-XJ003201901.00550-Rua Sete de Setembro, nº 10
Centro - SURUBIM-PE Consulte autenticidade em: www.tjpe.jus.br/authdigital

