



07/07/2020

Número: **0018066-93.2020.8.17.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **Seção A da 9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **03/04/2020**

Valor da causa: **R\$ 13.500,00**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
ERIONALDO CARDOSO DA SILVA (AUTOR)		EWEERSON VILAR DE LIMA (ADVOGADO)	
COMPANHIA EXCELSIOR DE SEGUROS (REU)			
SEGURADORA LIDER DO CONSORCIO DO SEGURO DPVAT SA (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
64270377	07/07/2020 11:31	ANEXO 1	Outros (Documento)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

Nº DE SINISTRO 014357041135

DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

07 JUN 2019

Genle Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, 715 - CJ. 5

Recife - PE

PE Nº 014357041135 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EDUARDO JOSE DA SILVA

028 04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

04/02/19

Formulário de Registro de Preço

Identificação do Registro:
Número do Registro: 7005746886
Data de Registro: 14/01/2019
Valor do Registro: 102,04

Identificação do Registro de Preço:
Número do Registro de Preço: 7005746886
Data de Registro de Preço: 14/01/2019
Valor do Registro de Preço: 102,04

Identificação do Registro de Preço:
Número do Registro de Preço: 7005746886
Data de Registro de Preço: 14/01/2019
Valor do Registro de Preço: 102,04

Item	Descrição	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	...	...	...	...
2	...	...	...	...
3	...	...	...	...
4	...	...	...	...
5	...	...	...	...
6	...	...	...	...
7	...	...	...	...
8	...	...	...	...
9	...	...	...	...
10	...	...	...	...

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
UPAT
CONTABILIDADE VERIFICADA

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 12.º. 5
Recife - PE

Formulário de Registro de Preço

Identificação do Registro:
Número do Registro: 1421584961
Data de Registro: 14/01/2019
Valor do Registro: 102,04

Identificação do Registro de Preço:
Número do Registro de Preço: 1421584961
Data de Registro de Preço: 14/01/2019
Valor do Registro de Preço: 102,04

Identificação do Registro de Preço:
Número do Registro de Preço: 1421584961
Data de Registro de Preço: 14/01/2019
Valor do Registro de Preço: 102,04





SANTA MARIA DO CAMBUCA
Trabalhando com o povo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

Receituário

Declaro que os dados fornecidos para a
Emissão do Recibo de Saúde nº 90-11-11
CPF: 000.280.764-68, 015.888.00310, referen-
te a vítima do acidente de trânsito ocorrido em
27/11/18, operando TCE placa nº 4424-4,
apresentado para o registro de sinistro
na seguradora GENE SEGUROSA S/A, inscrita no
CNPJ nº 08.000.000/0001-91, com endereço em
Rua da Imperatriz, 100, bairro da Imperatriz,
Recife - PE, 51.030-000, e telefone (0800) 11.11.11,
para fins de indenização, é verdadeira e
correta.

Data: 1/1/

07/07/2020
CHANCE
27 MAI 2018

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gene Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 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 Erionaldo Cardoso da Silva.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gesta Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - 1º.º. 5
Recife - PE

Surubim, 07 de fevereiro de 2019

José Elton Barbosa de Lima
Diretor de Serviços
Bairro: K-9, 01
Praça Municipal de Surubim

Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento - UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Martinho Arruda Guerre, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1675



PA 24H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

OLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raca: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00052218

Matrícula: 45542

CNS:

Idade: 33 Anos 8 Meses 2 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: ERONILDO CARDOSO DA SILVA

Nascimento: 25/05/1985

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

Id.: MANDURI

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55765000

Endereço: SANTA MARIA DO CAMBUCA

Nac.: ESTRANGEIRA

Doc nº:

Nome: CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSÉ CARDOSO DA SILVA

Tel.: 33412

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências:

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

7/01/2019 22:05 52218

ACIDENTE

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

HORARIO	P.A.	FC	PULSO	PESO	ASSINATURA

QUEIXAS / DIAGNÓSTICO:

TRATAMENTO:

DEPARTAMENTO DE SAMSTRES
OPVAT
CONTECUMAL - EMERGÊNCIA

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

MOTIVO DA SAÍDA:

ESPERANÇA

INTERNAÇÃO

Quarta Supracard S/A

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

CURATIVO

NEBULIZAÇÃO

BÁSICO

ESP

RETRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN:

ENCAMINHADO:

REMOVEDO:

OBITO

ATA SAÍDA:

NOTA SAÍDA:

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

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

URGÊNCIA BÁSICA URG. ESPECIALIZADA

OBS. BÁSICA OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORARIO

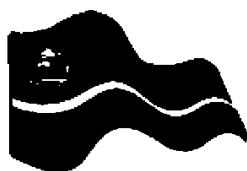
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

TÉCNICO / CONSELHO

HORARIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIAR PAULA





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

Dr. Gentil Augusto de Miranda

LAUDO PARA TRANSPORTE DE PACIENTE

Hospital Local:		Município:		1º Via Hospital de destino/2º Via Hospital local	
Nome do Paciente:		data de Nascimento: ____/____/____			
Quadro Clínico:					
HD:				DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT	
Assinatura do (a) Médico (a) Assistente		CRM:		BOATOURO NÃO VERIFICADO	
		DATA:		04 JUN 2019	
Assinatura do (a) Enfermeiro (a) Chefe do Plantão		COREN:		Gente Seguradora S/A	
				RUA BARBOSA, 715 - IL. S. J. RECIFE - PE	
1ª REMOÇÃO	1º Hospital de Destino:		Município:	Hora Saída	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
Assinatura do (a) médico (a):		CRM:			
Dr. Mestri Junior					
Clínica Geral					
CRM-PE 23472					
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:			



FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME ERONALDO CARDOSO DA SILVA	PRONTUÁRIO: 1760560	ATENDIMENTO: 01376602
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:

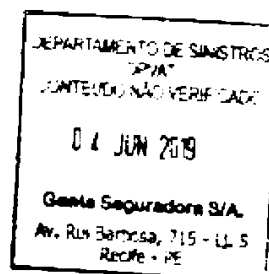
VIRIS RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

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

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, EVOLUINDO COM DESORIENTAÇÃO, FÉZ-CT DE CRÂNIO QUE EVIDENCIA HEDA BIFRONTAL VOLUMOSO. FOI OPERADO EM 28/01 SEM INTERCORRÊNCIAS. 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 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, Comunidade do Tratamento Ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Av. Agamenon Magalhães, S/N - Derby - Recife - PE CEP 52.010-040
Fones: (0XX)81 - 3381-5400



PERNAMBUCO

JOSE GOMES DA SILVA

CPF: 7044479-00 PE

CPF: 044.295.704-00 21/04/1965

JOSE GOMES DA SILVA

CICLATOR SANTA DE COMERCIO

CPF: 0564868122 21/04/1965 21/11/2017

1421981780

PERNAMBUCO

JOSE GOMES DA SILVA

1421981780

PERNAMBUCO

PERNAMBUCO

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
PRETELEFONADO VERIFICADO

04 JUN 2019

Genta Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 115 - Lj. 5
Recife - PE



Ata da 1ª Reunião Ordinária
Data: 14/01/2019
Local: 100,04

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Ata da 1ª Reunião Ordinária
Data: 14/01/2019
Local: 100,04

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Ata da 1ª Reunião Ordinária
Data: 14/01/2019
Local: 100,04

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Ata da 1ª Reunião Ordinária
Data: 14/01/2019
Local: 100,04

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Ata da 1ª Reunião Ordinária
Data: 14/01/2019
Local: 100,04

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Ata da 1ª Reunião Ordinária
Data: 14/01/2019
Local: 100,04

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Ata da 1ª Reunião Ordinária
Data: 14/01/2019
Local: 100,04

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR



Ata da 1ª Reunião Ordinária
Data: 14/01/2019
Local: 100,04

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Ata da 1ª Reunião Ordinária
Data: 14/01/2019
Local: 100,04

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

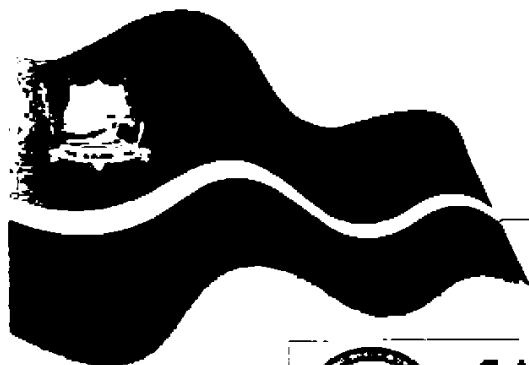
Ata da 1ª Reunião Ordinária
Data: 14/01/2019
Local: 100,04

Assistentes:
1. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR
2. ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
UPAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Gente Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 12.º. 5
Recife - PE



Prefeitura Municipal de Surubim

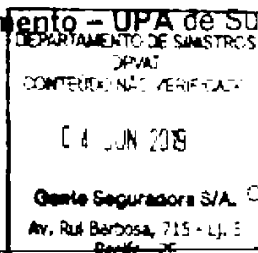


Ofício nº 17/2019

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
OOREN PE 493.789 - ENF
SAMU SURUBIM

PROTOCOLO RECEBIMENTO

RECEBI EM:

Recebedor

DOC:

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ.: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nome completo do segurado:

Nome completo do beneficiário:

Nome completo do titular:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo do segurado:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Nome completo do beneficiário:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Nome completo do titular:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Nome completo do segurado:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

DEL 288 744-03

DEL 288 744-03

DEL 288 744-03

DEL 288 744-03

Definir o(s) tipo(s) de cobertura: ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

RECEITA MENSAL

☒ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 4.000,00

☐ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 6.000,00

☐ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 8.000,00

☐ R\$ 9.000,00

☐ R\$ 10.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (para depósito mensal em nome do beneficiário)

☐ CONTA CORRENTE (para depósito mensal)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

Autentico a veracidade das informações prestadas pelo segurado e pelo beneficiário, sob pena de anulação do seguro e de responsabilização civil e criminal.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do IML (Instituto Médico Legal) emitido em nome do segurado ou do beneficiário, sob pena de anulação do seguro e de responsabilização civil e criminal.

☒ Não houve laudo do IML emitido em nome do segurado ou do beneficiário.

☐ Houve laudo do IML emitido em nome do segurado ou do beneficiário, sob pena de anulação do seguro e de responsabilização civil e criminal.

☐ Não houve laudo do IML emitido em nome do segurado ou do beneficiário, sob pena de anulação do seguro e de responsabilização civil e criminal.

DECLARAÇÃO DE REGISTROS DPVAT
CONTENDO NÃO VERIFICADO
04 JUN 2019
Quarta Seguradora S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - 44.5
Rio de Janeiro - RJ

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários declarados para a cobertura de morte do segurado ou do beneficiário.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários declarados para a cobertura de morte do segurado ou do beneficiário.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários declarados para a cobertura de morte do segurado ou do beneficiário.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários declarados para a cobertura de morte do segurado ou do beneficiário.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários declarados para a cobertura de morte do segurado ou do beneficiário.

TESTEMUNHAS

2ª testemunha

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

Assinatura do segurado ou do beneficiário

Assinatura do representante legal

Este documento é válido apenas para a cobertura de morte do segurado ou do beneficiário. Para a cobertura de invalidez permanente, é necessário apresentar laudo do IML.

SEGURO 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

Nome completo do segurado:

Nome completo do beneficiário:

Nome completo do titular:

ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

CPF: 000.000.000-00

RG: 000000000

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Endereço: RUA SANTO ANTONIO, 123 - JARDIM PAZ - RECIFE - PE

CPF: 000.000.000-00

RG: 000000000

Nome: ANTONIO YVES CORDEIRO DE MELLO JUNIOR

Endereço: RUA SANTO ANTONIO, 123 - JARDIM PAZ - RECIFE - PE

Declaro, para todos os efeitos legais, que a(s) pessoa(s) acima mencionada(s) não se compõem e não se compõem a família nuclear e anexar cópia.

RENDA MENSAL

☒ R\$ 0,00 (zero)

☐ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 2.000,00

☐ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 4.000,00

☐ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 6.000,00

☐ R\$ 7.000,00

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

☒ CONTA POUPANÇA (para depósito e resgate em dinheiro)

☐ CONTA CORRENTE (para depósito e resgate em dinheiro)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

AGÊNCIA:

0000

CONTA:

0000

Autentico a veracidade das informações prestadas pelo segurado e pelo beneficiário, sob pena de anulação do seguro e de multa por fraude.

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

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do IML (Instituto Médico Legal) emitido em decorrência de acidente de trânsito, e que não houve qualquer outro fato que possa caracterizar a ocorrência de acidente de trânsito.

☒ Não houve qualquer acidente de trânsito que possa caracterizar a ocorrência de acidente de trânsito.

☐ Não houve qualquer acidente de trânsito que possa caracterizar a ocorrência de acidente de trânsito.

☐ Não houve qualquer acidente de trânsito que possa caracterizar a ocorrência de acidente de trânsito.

DECLARAÇÃO DE REGISTROS DPVAT

CONTEDO NÃO VERIFICADO

04 JUN 2019

Quarta Seguros S/A

Av. Rui Barbosa, 715 - 44.5

Recife - PE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários designados para a cobertura de morte.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários designados para a cobertura de morte.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários designados para a cobertura de morte.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários designados para a cobertura de morte.

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários designados para a cobertura de morte.

TESTEMUNHAS

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

CPF

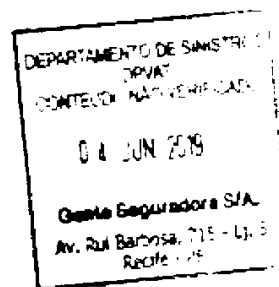
CPF

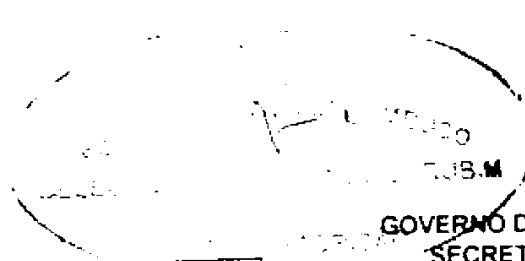
CPF

CPF

CPF

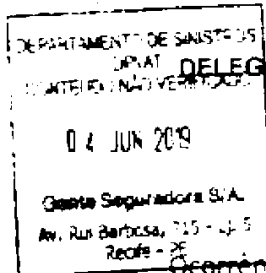






513789

0109325/19



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**

527317
CAL 0989453119
319036220

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

Fato ocorrido no endereço: **SITIO 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)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO (Usado na geração da ocorrência) que estava em posse (dona) 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 Pa: JOSE CARDOSO DA SILVA** Data de Nascimento: **25/5/1985** Nacionalidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **7044679-SDS/PE (RG) 06620676408 (CPF) 05646643122 (CNH)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **2ª. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTÔNOMO(A)** Telefones Celulares: **81989020383**

Residência: **SITIO MANDURI, PROXIMO 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 Nacionalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

EDNALDO JOSÉ DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Nacionalidade: **NÃO INFORMADO PERNAMBUCO / BRASIL**
Residência: **SITIO 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 250** Objeto apreendido **Não**
 Cor **VERMELHA** - Quantidade **01 (UNIDADE)**

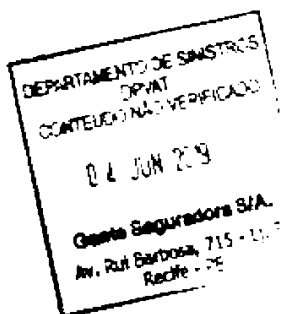
Placa: **PGL7567** (PERNAMBUCO) SANTA MARIA DO CAMBUCA Renavam: **842970777** Chassi: **9C2MC1650DR509014**
Ano Fabricação/Modelo: **2013 2013** Combustível: **ALCO/GASOL**

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 URGENCIA (SAMU) PARA A UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA) DESTA CIDADE, CONFORME APRESENTOU DECLARAÇÃO DO SAMU CODIGO ID:S-582456 E DECLARAÇÃO/BOLETIM DE EMERGENCIA 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
(VITINA)

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





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 seqüela 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

Pag. 01969/01970 - carta_04 - INVALIDEZ

00050985



Carta nº 14445474





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

Pag. 00087/00088 - carta_03 - INVALIDEZ

00080044



Carta nº 14414715





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,

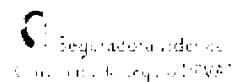
Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14412391



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0109825/19
Vítima: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA
CPF de: Próprio
Data do acidente: 27/01/2019
CPF: 066.296.764-08
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

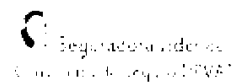
Data do cadastramento: 01/04/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

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

ANA 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

 x Erenaldi, Carlos de Silva

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

2º TABELIONATO TABELIONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua 4 de Setembro, 18 - Gal. 3 - 5to. andar -
Cm: 51133-4 - 2-3 - Fone: (081) 3361-1111 - Fax: (081) 3361-1111
Cidade: Santa Bárbara - 55033-000

Assinado por AUTENTICIDADE 1 firma(s) de: (1) RAYMOND LUI CARDOZO DA SILVA
Rua 4 de Setembro, quarta-feira, 20 de março de 2019 - 09:55h
Eu Testemunho: [assinatura] [assinatura]
Elizabeth Lima de Andrade Ladeira - 2ª Substituta
Total: 0,79% (079) sobre o valor em SOLO DE AUTENTICIDADE:
Selo(s): 0073244-X-00000201901.00550-Rua Seto de Setembro, n° 109
Centro - 55033-000-PE
Cm: 51133-4 - 2-3 - Fone: (081) 3361-1111 - Fax: (081) 3361-1111

CIDADE
 DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO
 01 ABR 2010
 Costa Seguros S/A
 Av. Rui Barbosa, 713 - 31.5
 Recife - PE





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA ERIONALDO CARLOS DA SILVA
DATA DO ACIDENTE 27/01/2019 CPF DA VÍTIMA 066.296.764-08
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ADRIANA MARIA MOURA DE A FERNANDES
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTEXCO COM
A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR RUA JOÃO BATISTA BAIRRO CENTRO
Nº 370 COMPLEMENTO _____ UF PE CEP 55750-000
CIDADE SURUBIM
E-MAIL afsegu@afseguradora.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 OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
☒ LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
☒ NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA AIDA 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 COMPROVEM OS DADOS BANCÁRIOS, TALS 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 CARTERA 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

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 CARTERA 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, TALS 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 CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS. PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
- 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
CONFORME A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS EXISTENTES NESTE FÓRMULÁRIO
PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO: WWW.DPVATSEGURODPVAT.COM.BR OU LIGUE 0800 022 1204

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

IDENTIDADE 4840389589102

ASSINATURA Adriana Moura de A. Fernandes

**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 - Órgão 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? ☒ Sim ☐ Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)? ☒ 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

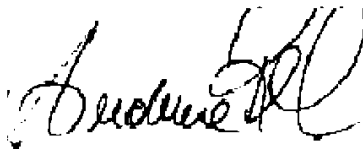
% do Dano () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100%
completo

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





DADOS DO CLIENTE
ADPASA VARIMOLARAFFA DETRANULS
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSULADORA
RUA JOAO BATISTA 37C

CPF: 945.234.44-04

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIA
RESIDENCIAL

DATA DE EMISSÃO: 14/03/2019

DATA DE VENCIMENTO: 14/03/2019

DATA DE EXPIRAÇÃO: 14/03/2019

DATA DE VALIDADE: 14/03/2019

DATA DE VALIDADE: 14/03/2019

Categoria Alvo (Nº)

Categoria Alvo (Nº)

CENTRO-SUL-BIV

RUA RUI RIM DE

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

57750-300

0109825/19



PREFEITURA DE
SANTA MARIA DO CAMBUÇÁ
Trabalhando com o povo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO

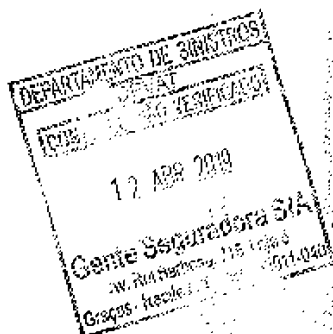
Declaração

Declaro para os devidos fins que o senhor
Eduardo Cardoso 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 náuseas + tontura
ao realizar esforços físicos.

Data: / /

Dr. Neto
CRMPE - 18.067
11-ABR-2019

Dr. Neto
CRMPE - 18.067

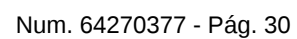


MICHELLE K. HARRIS
 1421981780

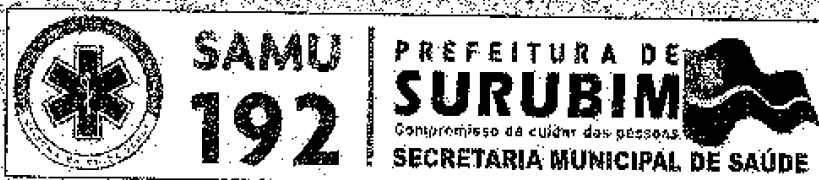
MICHELLE K. HARRIS
 1421981780

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

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



Prefeitura Municipal de Surubim



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

PROTOCOLO RECEBIMENTO	
RECEBI EM: ____/____/____	
_____ Recebedor	
DOC: _____	

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

Rua João Batista, 80 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156





- 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 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 Erionaldo Cardoso da Silva.

Surubim, 07 de fevereiro de 2019.


Ionara Soares de Andrade Silva
SAME

José Wagner Barbosa de Lima
Coordenador de Enfermagem
Matrícula 40413
Hospital Municipal de Surubim

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPWT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 ABR 2019

Prefeitura Municipal de Surubim -
Unidade de Pronto Atendimento – UPA / CNPJ: 08.937.139/0001-78
Avenida Maria da Arruda Guerra, S/N - Coqueiro - Surubim/PE - Fone /Fax: (81) 3634-1875

Serviço Secretariado S/A
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Surubim - PE



PA 24H DR GENTIL AUGUSTO DE MIRANDA

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

Cor/Raca: PARDO

Nº OCORRÊNCIA: 00052218

Matrícula: 45542

CNS:

Idade: 33 Anos 8 Meses 2 Dias

Sexo: MASCULINO

Nome: ERONILDO CARDOSO DA SILVA

Nascimento: 25/05/1985

Est.Civil: SOLTEIRO(A)

Id.: MANDURI

Nº:

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 55765000

Endereço: SANTA MARIA DO CAMBUCA

Nac.: ESTRANGEIRA

Doc nº:

Nome: CICLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

Pai: JOSÉ CARDOSO DA SILVA

Tel.: 83472

Profissão:

Responsável:

Últimas Ocorrências:

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

7/01/2019 22:05 52218

ACIDENTE

S 582439

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
ciclístico motorizado
(ALGOLHADA). Apresenta
lesão em região
periorbital bilateral.
GWI 15.

TRATAMENTO:

- SG 500 1000 ml
- hipotensivos 500mg 1Rx
- Glicose 100ml
- observação
- 5607674 (HCE)

MARIA LUIZA

Dr. Mário Junior
Clínico Geral
CRM-PE 22472

Daniel de Mello Junior
CRM-PE 008720
Enfermagem

EXAMES COMPLEMENTARES:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

CID:

ATIVO DA SAÍDA:

RESIDÊNCIA

☐

INTERNADO

☐
☐

CURATIVO

☐

BÁSICO

☐

ESP

JUSTIFICATIVA:

☐

NEBULIZAÇÃO

☐

RETIRADA DE PONTO

TÉCNICO / COREN

ENCAMINHADO:

REMOVEDO:

ÓBITO:

às _____ h _____ m do dia _____

DATA SAÍDA:

HORA SAÍDA:

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

CONSULTAS / ATENDIMENTO MÉDICO:

☐

URGÊNCIA BÁSICA

☐

URG. ESPECIALIZADA

☐

OBS. BÁSICA

☐

OBS. ESPECIALIZADA

MÉDICO / CRM

HORÁRIO:

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

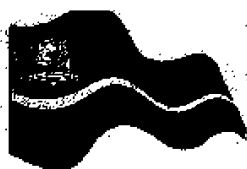
TÉCNICO / CONSELHO

HORÁRIO

RECEPCIONISTA: RAYANE AGUIA PAULA

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





UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

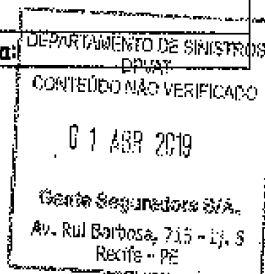
Prefeitura Municipal do Surubim
Secretaria de Saúde do Surubim

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:		20/07/2020 - 1ª remoção de paciente para o Hospital de destino			
Hb:		20/07/2020 - 1ª remoção de paciente para o Hospital de destino			
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	Hora Chegada
	Motivo (Registro Detalhado)				
	Assinatura do (a) médico (a) 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:			





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



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:

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

Observação:

VER RESULTADOS DOS EXAMES COMPLEMENTARES EM ANEXO

- RETIRAR PONTOS DIA 11/02/19
- REPÓSIO 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:

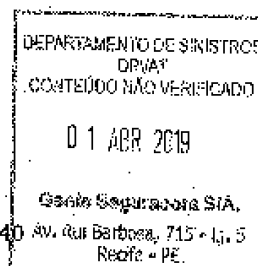
- RETORNAR AO AMBULATORIO DE NEUROCIRURGIA APÓS 30 DIAS

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.



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



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 090.511.744-11, 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 KC3650 DR509014
Data do Acidente: 22/05/2019
Local e Data: SANTA MARIA, RS, CAMBUCIA/RS


Assinatura do Declarante

 Marinaldo Cardoso da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

TABELONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua São Sebastião, 10 - Centro - Surubim-PE
Fone/Fax: (82) 3697-1733 - E-mail: cartoriojudicial@tribunaonline.com.br
Cruzeta Maria Silva da Silva - Tabelão nº 10

Reconhecido por AUTENTICIDADE e firma(s) dos (1)EDNADO JOSE DA SILVA
Data 16, Surubim, Cruzeta Maria Silva, em 2 de março de 2019 -- 09%54h
Em Testemunha:
Elizabeth Lins dos Andrade Cadena - 2ª Substituta
Total: 4,77 (quatro) SUPLENTE COM SELO DE AUTENTICIDADEX
Selo(s): 0073243-3-0003201901-00557-Rua Sete de Setembro,
Centro - SURUBIM-PE

TABELONATO DE NOTAS E PROTESTOS DE SURUBIM-PE
Rua São Sebastião, 10 - Centro - Surubim-PE
Fone/Fax: (82) 3697-1733 - E-mail: cartoriojudicial@tribunaonline.com.br
Cruzeta Maria Silva da Silva - Tabelão nº 10

Reconhecido por AUTENTICIDADE e firma(s) dos (1)ERIQUELLA CARNEIRO DA SILVA
Data 16, Surubim, Cruzeta Maria Silva, em 2 de março de 2019 -- 09%54h
Em Testemunha:
Elizabeth Lins dos Andrade Cadena - 2ª Substituta
Total: 4,77 (quatro) SUPLENTE COM SELO DE AUTENTICIDADEX
Selo(s): 0073243-3-0003201901-00554-Rua Sete de Setembro, n° 10--

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
01 ABR 2019
Carla Seguradora 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/BIBLIOTECABEB/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 do Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penalidades administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 6.613/98.

Pelo exposto, eu ADRIANA MARIA MEURA DE A. FERREIRAS inscrita (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 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.

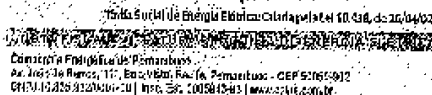
Endereço		Número	Complemento
RUA JOÃO BATISTA		370	CASA
Bairro	Cidade	Estado	CEP
CENTRO	SURUBIM	PE	55750-000
Email:	Telefone comercial (DDD)		Telefone celular (DDD)
afseguros2004@YAHOO.COM.BR	(81) 9300-1098		(81) 9161-3907

SURUBIM, 27 de MARÇO de 2019
Local e Data

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

DLDR1.001 V001/2017





COLEIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

SI-MANUSKRIF 2024 J.

STA. GABRIELMANOUR:
FR. MIGUELINO FE
55700-000

DE RECEIÇÃO
DE REFERÊNCIAS

02/01/2016 20:00

TABLE 2. *Continued*

22/12/2019 12:00:00 1143140

Consumo Alimentar: 400g
Consumo de energia: 1 a 30 de 100 kWh
Acessório: Hombro 22/26/34
Cabo: 1m, 2m, 3m, 4m, 5m

PLACEMENT	AMOUNT	DATE
330000000	3,184,265	1.00
330000000	3,184,265	2.00
		3.00
		4.00

TỔNG DẪN VÀI MỞ ĐẦU

姓名: 王 强 性别: 男 年龄: 25 身份证号: 330101199801010001 联系电话: 13801234567 电子邮箱: wangqiang@example.com

N.º DO MOTOR	TIPO DE FUNÇÃO	DATA DE ENTRADA	VALOR RECEITA	DATA DE SAÍDA	VALOR SAÍDA	CONTRIBUIÇÃO	VALOR CONTRIBUIÇÃO	CONTRIBUIÇÃO TOTAL
300000	1000	22/08/00	137100	22/08/00	137100	1000	137100	137100

2010-2011		2009-2010		2008-2009		2007-2008		2006-2007		2005-2006		2004-2005		2003-2004		2002-2003		2001-2002		2000-2001		1999-2000		1998-1999		1997-1998		1996-1997		1995-1996		1994-1995		1993-1994		1992-1993		1991-1992		1990-1991		1989-1990		1988-1989		1987-1988		1986-1987		1985-1986		1984-1985		1983-1984		1982-1983		1981-1982		1980-1981		1979-1980		1978-1979		1977-1978		1976-1977		1975-1976		1974-1975		1973-1974		1972-1973		1971-1972		1970-1971		1969-1970		1968-1969		1967-1968		1966-1967		1965-1966		1964-1965		1963-1964		1962-1963		1961-1962		1960-1961		1959-1960		1958-1959		1957-1958		1956-1957		1955-1956		1954-1955		1953-1954		1952-1953		1951-1952		1950-1951		1949-1950		1948-1949		1947-1948		1946-1947		1945-1946		1944-1945		1943-1944		1942-1943		1941-1942		1940-1941		1939-1940		1938-1939		1937-1938		1936-1937		1935-1936		1934-1935		1933-1934		1932-1933		1931-1932		1930-1931		1929-1930		1928-1929		1927-1928		1926-1927		1925-1926		1924-1925		1923-1924		1922-1923		1921-1922		1920-1921		1919-1920		1918-1919		1917-1918		1916-1917		1915-1916		1914-1915		1913-1914		1912-1913		1911-1912		1910-1911		1909-1910		1908-1909		1907-1908		1906-1907		1905-1906		1904-1905		1903-1904		1902-1903		1901-1902		1900-1901		1899-1900		1898-1899		1897-1898		1896-1897		1895-1896		1894-1895		1893-1894		1892-1893		1891-1892		1890-1891		1889-1890		1888-1889		1887-1888		1886-1887		1885-1886		1884-1885		1883-1884		1882-1883		1881-1882		1880-1881		1879-1880		1878-1879		1877-1878		1876-1877		1875-1876		1874-1875		1873-1874		1872-1873		1871-1872		1870-1871		1869-1870		1868-1869		1867-1868		1866-1867		1865-1866		1864-1865		1863-1864		1862-1863		1861-1862		1860-1861		1859-1860		1858-1859		1857-1858		1856-1857		1855-1856		1854-1855		1853-1854		1852-1853		1851-1852		1850-1851		1849-1850		1848-1849		1847-1848		1846-1847		1845-1846		1844-1845		1843-1844		1842-1843		1841-1842		1840-1841		1839-1840		1838-1839		1837-1838		1836-1837		1835-1836		1834-1835		1833-1834		1832-1833		1831-1832		1830-1831		1829-1830		1828-1829		1827-1828		1826-1827		1825-1826		1824-1825		1823-1824		1822-1823		1821-1822		1820-1821		1819-1820		1818-1819		1817-1818		1816-1817		1815-1816		1814-1815		1813-1814		1812-1813		1811-1812		1810-1811		1809-1810		1808-1809		1807-1808		1806-1807		1805-1806		1804-1805		1803-1804		1802-1803		1801-1802		1800-1801		1799-1800		1798-1799		1797-1798		1796-1797		1795-1796		1794-1795		1793-1794		1792-1793		1791-1792		1790-1791		1789-1790		1788-1789		1787-1788		1786-1787		1785-1786		1784-1785	
-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--	-----------	--

[illegible][illegible]

THERMAL STABILITY	THERMAL STABILITY				THERMAL STABILITY	
	100°C	150°C	200°C	250°C	300°C	350°C
100°C	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
150°C	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
200°C	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
250°C	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
300°C	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
350°C	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01/03/2019
Sociedade Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 725 - Lj. 5
Rio de Janeiro - RJ





DADOS DO CLIENTE
ADPASA VARIMOLARFF A TERAPIA S
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSULADORA
RUA JOAO BATISTA 37C

CPF: 945.234.44-04

CLASSIFICAÇÃO

BI RESIDENCIA
RESIDENCIAL

DATA DE EMISSÃO: 11/03/2019

DATA DE VENCIMENTO: 11/03/2019

DATA DE PAGAMENTO: 11/03/2019

DATA DE RECEBIMENTO: 11/03/2019

DATA DE LIQUIDACAO: 11/03/2019

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

CPF: 945.234.44-04

Prefeitura Municipal de Surubim



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

PROTOCOLO RECEBIMENTO

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

Rua João Batista, 30 - Centro - Surubim/PE | CEP: 55750-000
CNPJ: 11.361.862/0001-66 | Fone: (81) 3634-1156



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

RP do sinistro ou ASL:	CPF 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 SUSEP Nº 415/2012		
Nome completo:	CPF:	
ERIONALDO CARDOSO DA SILVA	066.296.764-08	
Profissão:	Número:	Complemento:
REC. INF	2243	CASA
Endereço:	CLP:	
S. MANDURÍ	55780-000	
Bairro:	Tel. (DDD):	
ZONA RURAL	(44) 9700-1998	
Cidade:		
SANTA MARIA DO CAMBUCA		
Estado:		
PE		
E-mail:		

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

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 (ASSINAR UMA DAS OPÇÕES)

☒ CONTA POUPANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)	
☐ Bradesco (237)	☐ Itaú (341)	Nome do BANCO: _____	
☐ Banco do Brasil (001)	☒ Caixa Econômica Federal (104)		
AGÊNCIA: 2554	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 tenho direito, recebendo 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 em Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento 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 existência 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 contestação, caso discordo do seu resultado.

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(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 nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não	Vítima deixou pais/avós vivos?
		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 certo, antes, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura	Local e Data: SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 27/02/19
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura ou Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

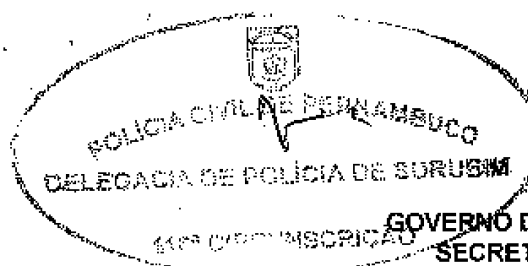
TESTEMUNHAS

1ª Nome:	
CPF:	
2ª Nome:	
CPF:	

DEBARRAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 ABR 2019
Assinatura
Caixa 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.

SÁRIO 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. 19E0206000428Ocorrência 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**

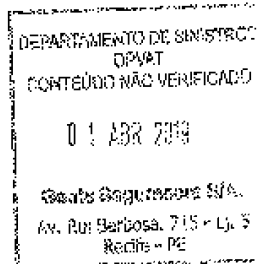
Fato ocorrido no endereço: **SÍTIO LERIO DE CIMA, PRÓXIMO AO CAMPO DE FUTEBOL - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL** Próximo a: **MUNICÍPIO DE SURUBIM, 1, ZONA RURAL - Bairro: CENTRO - SURUBIM/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

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), 06628676408 (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: **642970777** Chassi: **9C2KC1630DR509014**
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 GIMA, 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: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.

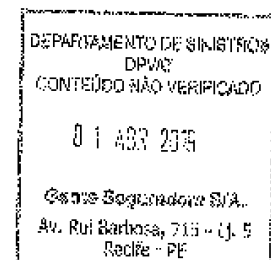
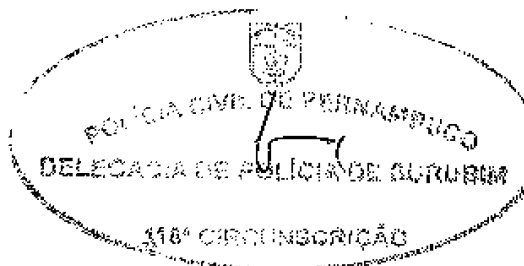
Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

ERIONALDO CARDOSO DA SILVA
(VITIMA)

Erinaldo Cardoso da Silva

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

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: _____ CPF da vítima: **066.296.764-08** Nome completo da vítima: **ERONALDO CARDOSO DA SILVA**
 REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 415/2012
 Nome completo: **ERONALDO CARDOSO DA SILVA** CPF: **066.296.764-08**
 Profissão: **REC. INF** Endereço: **S. MANDURI** Número: **2243** Complemento: **CASA**
 Bairro: **ZONA RURAL** Cidade: **SANTA MARIA DO CAMBUCA** Estado: **PE** CLP: **55780-000**
 E-mail: _____ Tel. (DDD): **(44) 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 (ASSINAR 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)
☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)
 Nome do BANCO: _____
 AGÊNCIA: **2554** 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 tenho direito, recebendo e dando, desde já e somente após a ativação 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 em Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento 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 existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.134/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu resultado.

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(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 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 de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: **SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 27/02/19**
 Nome: _____
 CPF: _____
 Assinatura: _____
 Assinatura do Representante Legal (se houver) Assinatura do Procurador (se houver)

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

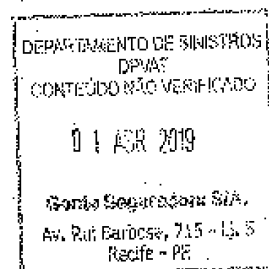
TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____ CPF: _____
 2ª Nome: _____ CPF: _____

DEBARRAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 01 ABR 2019
 Assinatura
 Caixa 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.

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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

RP do sinistro ou ASL:	CPF 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 SUSEP Nº 415/2012		
Nome completo:	CPF:	
ERIONALDO CARDOSO DA SILVA	066.296.764-08	
Profissão:	Número:	Complemento:
REC. INF	2243	CASA
Bairro:	Cidade:	Estado:
ZONA RURAL	SANTA MARIA DO CAMBUCA	PE
E-mail:	CLP:	
	55780-000	
	Tel. (DDD):	
	(44) 9700-1998	

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

DADOS CADASTRAIS

RENDAMENTO

- ☒ 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 (ASSINAR UMA DAS OPÇÕES)

☒ CONTA POUANÇA (somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

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

☐ CONTA CORRENTE (todas as bancas)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

2554

CONTA:

24320

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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 tenho direito, recebendo 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 em Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento 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 existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 5.134/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestação, caso discordo do seu resultado.

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(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 nascituro (ou nascitur)? ☐ 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 certo, antes, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, a fim de responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Assinatura	Local e Data, SANTA MARIA DO CAMBUCA PE 27/02/19
Nome:	
CPF:	

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

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

Assinatura ou Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

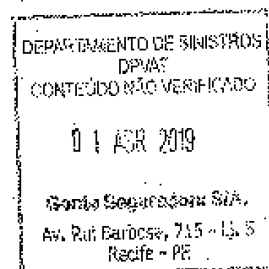
2ª Nome:

CPF:

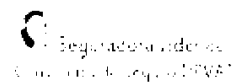
ASSINATURA
DEBARRAMENTO DE SINISTROS DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
01 ABR 2019
Assinatura
Caixa Seguradora S/A.
Av. Rui Barbosa, 715 - Lj. 5
Recife - PE

(*) 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.

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



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

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

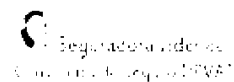
Data do cadastramento: 04/06/2019
Nome: Marta Marinho dos Santos
CPF: 492.294.514-87

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

ANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES

Marta Marinho dos Santos



FREI MIGUELINHO - PE 30 MAIO 2019

A LIDER

CONVÊNIO DPVAT

ASSUNTO REANALISE DO PROCESSO

VITIMA ERIVONALDO CARDOSO DA SILVA
TIPO DE INDENIZAÇÃO INVALIDEZ

SINISTRO 3190248347

Prezado Senhor(a),

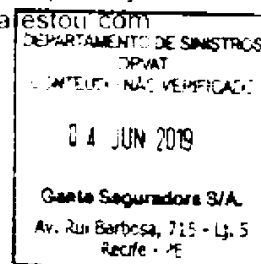
Solicito de V.Sª que meu processo de invalidez seja REANALISADO, uma vez que eu fui vítima de acidente de trânsito, fato ocorrido no dia 27/01/2019, TIVE TCE e HEDA BIFRONTAL, fui submetido a cirurgia, fiz todo o tratamento e mesmo assim ENCONTRO ME ATUALMENTE COM SEQUELAS, assim como informa o laudo. 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 sequelas. 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.Sª, 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 sequelas.

Certo de vossa atenção

Fico no aguardo


ERIVONALDO CARDOSO DA SILVA



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



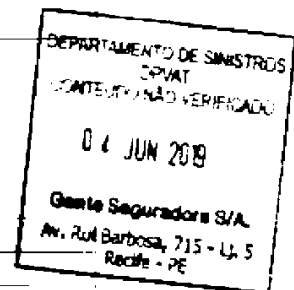
PROCURAÇÃO

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 OBRIGATORIO DPVAT**.

FREI MIGUELINHO- PE 12 DE FEVEREIRO 2019

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

RECONHECIMENTO DE NOTAS E PROTOCOLOS DE AUTENTICIDADE

Reconhecido por AUTENTICIDADE de firma e de conteúdo por: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA
Outorgante: ERIONALDO CARDOSO DA SILVA, CPF 066.296.764-08, residente em: SI MANDURI, 224 J. STA MARIA/MANDURI, FREI MIGUELINHO- PE
Outorgado: ADRIANA MARIA MOURA DE ALBUQUERQUE FERNANDES, CPF 945.234.444-04, residente em: RUA JOÃO BATISTA, Nº 370, CENTRO, SURUBIM-PE.
Data: 12/02/2019, Hora: 14h15, Local: Centro de Atendimento ao Cliente - SURUBIM-PE

