CELPE

DADOS DO CLIENTE

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

CLASSIFICAÇÃO

7007439452 | 09/2019

27/09/2019 | 23/10/2019

20,41

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R$)	VALOR (R$)
Consumo kWh até 30 kWh			5,75
Consumo kWh superior a 30 até 100 kWh			8,54
Adicional Bandeira VERMELHA			7,08
Contribs. Ilum. PÚBLICA Municipal			1,18
Multa por atraso NF 0707 2303 - 2307110			0,40
Multa por atraso NF 0708 1436 - 2308610			2,20
Juros por atraso NF 0707 2303 - 2307110			0,02
Juros por atraso NF 0708 1436 - 2308610			2,20
PRO-CRIANÇA 2361 (241) 0000 0000 0000 8000			3,00

TOTAL DA FATURA 20,41

DEMONSTRATIVO DE COBRANÇA DESTA NOTA FISCAL

Nº DO REGISTRO	PRÓXIMA FUNÇÃO	LEITURA ANTERIOR DATA	LEITURA ANTERIOR LEITURA	LEITURA ATUAL DATA	LEITURA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	COMPENSATÓRIA	ALUGUÉL	CONSUMO (kWh)
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]		[illegible]

ICMS PIS COFINS

Geração de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Transmissão	R$	[illegible]	[illegible]
Distribuição (Celpe)	R$	[illegible]	[illegible]
Perdas de Energia	R$	[illegible]	[illegible]
Encargos Setoriais	R$	[illegible]	[illegible]
Tributos	R$	[illegible]	[illegible]
Total	R$	[illegible]	100%

[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhad final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190666868 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO TRAÇÃO CORRETORA DE SEGUROS LTDA-ME
BENEFICIÁRIO CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
CPF/CNPJ: 16791790474

Posição em 30-06-2020 15:03:16
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiári
Data do Pagamento: XX/XX/XXXX
Valor da Indenização: R$00.000,00
Juros e Correção: R$00.000,00
Valor Total: R$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/01/2020	R$ 3.375,00	R$ 0,00	R$ 3.375,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
31/01/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/eeVxVHkWza___cu7HC api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqIIwoQZEtqU=)
11/01/2020	NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/7Q8sAUUnx0LRMz6Iip api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqIIwoQZEtqU=)
21/12/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/tDDPLhFSf0jhb+LAEEh api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqIIwoQZEtqU=)

03/12/2019	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/zdhB___W8+M220TAIxuz api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqIIwoQZEtqU=)
03/12/2019	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	(https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/nUeLtRsDFooQlWIHH1 api_key=KuMhXlaPPUxk5vQyyBfCafqeYX1NTjNOqIIwoQZEtqU=)

(https://documentospendentes.seguradoralider.com.br/)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na App Store (https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8) DISPONÍVEL NO Google Play (https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx) (/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
Documentos Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

(https://www.seguradoralider.com.br)

(https://pt-br.facebook.com/DPVATOficial/) (https://twitter.com/DPVAT_oficial/) (https://www.youtube.com/channel/UCqAl%C3%ADder-dpvat)

Serviços

- Acompanhe seu Processo (/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)
- Consulta a Pagamentos (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)
- Saiba Como Pagar (/Pages/Saiba-como-pagar.aspx)
- Pontos de Atendimento (/Pontos-de-Atendimento)
- Como Pedir Indenização (/Seguro-DPVAT/Como-Pedir-Indenizacao)

Dúvidas e Respostas

- A Seguradora Líder-DPVAT (/Pages/Quem-Somos.aspx)
- Sobre o Seguro DPVAT (/Pages/Sobre-o-Seguro-DPVAT.aspx)
- Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)
- Dicionário do Seguro DPVAT (/Seguro-DPVAT/Dicionario-do-Seguro-DPVAT)
- Perguntas Frequentes (/Seguro-DPVAT/Perguntas%20Frequentes)

Atendimento

- Chat - Atendimento On-line (/Contato/Chat-e-Atendimento-On-Line)
- Dúvidas, Reclamações e Sugestões (/Contato/Duvidas-Reclamacoes-e-Sugestoes)
- Telefones de Contato (/Contato/telefones-de-contato)
- Ouvidoria (/Contato/Ouvidoria)
- Canal de Denúncias (/Contato/canal-de-Denuncias)
- Mapa do Site (/Mapa-do-Site)

Participo do consumidor.gov.br (https://www.consumidor.gov.br/pages/principal/?1556814921288)

Termos de uso e política de privacidade (/Pages/Termos-de-Uso.aspx)

PREFEITURA MUNICIPAL
BUENOS AIRES
Governo que faz!

UNIDADE MISTA MARIA TEREZA BRENANND COELHO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 10793670/0001-66

GUIA DE TRANSFERÊNCIA

NOME: Carlos Mendes da Silva Filho PRONTUÁRIO: 18295-8
IDADE: 21 anos DATA: 29/08/19 - 19:20h
UNIDADE DE DESTINO: HR/UPA + Cirurgia Geral
SENHA: 7759679
HDA: Colisão moto x moto sem capacete há ± 20 min com TCE + sinaes de desorientação, evoluindo com tremores autolimitados e sonolência há ± 10 min, acompanhantes negam etilismo, uso de outras queixas, paciente no momento refere dor. Em tempo: paciente apresentando hematoma na cabeça, porém preservação do nível de consciência.
EXAMES COMPLEMENTARES:
EM USO DE: Familiares negam uso de medicações contínua
EXAME FÍSICO
GERAL: E.G.Reg, torporoso, desorientado, corado, eupneico, hidratado, anictérico, acianótico
ACV: RCR em 2T, BNF s/s, FC 88, PA 130x90
AR: MV+ em AHT s/s, RA, FR 16, SatO2 98% (ar)
ABD: Plano, depressível, sem sinais de irritação peritoneal, RHA+
EXT: TRC 2 seg
SN: Glasgow 12 (3+4+5), isocórico, reflexos pupilares presentes
OBST:
OUTROS:
HD: ① Colisão Moto x Moto + TCE + Otorragia + Desorientação sem Fat base óbito! ② Hematoma Parietal ale
CD: ① Solicito avaliação da Neurocirurgia + Cirurgia Geral. Remoção via SAMU (567 3903).

Avenida Major Severino Mendes, nº 35 – Buenos Aires – PE – CEP: 55845-000
Fone: (81) 3647-1173

Em tempo: evoluindo com Glasgow 3, mordo IOT (TOT 7,5, cuff desinflável) sem sedação (20:00h).

HR 1559674
SAMU 5673903

UNIDADE VISITA MARIA TEREZA BRENANND COELHO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA

No. Ocorrência: 0064069

Prontuário: [illegible]
Nome: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
Endereço:
Cidade: [illegible] FLORES/PE
Documento:
[illegible]
Profissão:

Idade: 27 ANOS, 4 MESES E 29 DIAS
Dt. Nasc.: 03/04/1992 Sexo: M Est. Civil:
CEP: [illegible]
Nac: BRASIL

Bairro:
CNS:
Sisprenatal:
Pai:
Responsável:
Tel.:

Vítimas Ocorrências

Data	Nº Ocorrência	Motivo do atendimento
[illegible]	0064069	ACIDENTE DE MOTO
[illegible]	0052288	CURATIVO
[illegible]	0022034	AFERIR PA

Urgência ( ) Não Urgência ( ) Emergência ( ) Acidente Trabalho ( ) Acidente Trânsito ( )

PRÉ-CONSULTA

Horário	P.A.	Sat O2	Pulso	Peso	Assinatura
	120x90	98% (AA)	78		

Queixas / Diagnóstico

SAMU FER [illegible] acidente [illegible] de TCE [illegible] quedas de moto. [illegible] com [illegible] + desorientação + [illegible], acompanhante [illegible] alterações [illegible]: otorragia at. [illegible]. SN: [illegible]

Tratamento

1. Soro [illegible] 5% EV
2. Transferência para [illegible] neurocirurgia (Hospital da Restauração/Senhor 5755677
3. Solicito sondagem [illegible] SAMU (5673903).

Em tempo: apresentava [illegible] de [illegible]

Dr. Tiago Rodrigues
MÉDICO
CRM 22789

Exames complementares

[illegible]

Impressão diagnóstica

CID

1. TCE + Otorragia + [illegible]

ADM. MEDICAMENTO: [illegible] TÉCNICO / COREN

Motivo da saída:

Residência ( ) Internado ( )

Indicativa:

Encaminhado:

Removido:

Obito:

Hs _____ m _____ m do dia _____

Data saída:

Hora saída:

CURATIVO
NEBULIZAÇÃO
BASICO ESP
REVIRADA DE PONTO

Consultas / Atendimento Médico:

urgência básica
urgência especializada
observação básica
observação especializada

MÉDICO / CRM: Dr. Tiago Rodrigues MÉDICO CRM 22789

HORÁRIO

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	TÉCNICO / CONSELHO	HORÁRIO

Data de impressão: Quinta-feira, 29 de Agosto de 2019 às 18:37

Recepcionista: JANIELE

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

Governo de Pernambuco

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO	PRONTUÁRIO: 1691413	ATENDIMENTO: 01475780
DATA DE NASCIMENTO: 01/04/1998	FOI ATENDIDO EM:	Às
	DATA DA ALTA: 17/09/2019 ÀS 09:06	

Diagnóstico Provável:

TCE GRAVE
-- FRATURA DE CRANIO TEMPOROPARIETAL DIREITA COM AFUNDAMENTO + CONTUSÃO
-- PO DE CORREÇÃO CIRURGICA DE FRATURA + DRENAGEM DE CONTUSÃO (30/08/19)

Tratamento Realizado:

CIRURGICO

Observação:

LAVAR FERIDA COM AGUA E SABONETE
- RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS DE CIRURGIA
- AFASTAMENTO POR 30 DIAS
- FISIOTERAPIA MOTORA

Encaminhado para:

RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. DELSON COM 30 DIAS

Dr. Nandinho Gomes
Neurocirurgião
CRM 8452

NANDINHO LUIS GOMES - CRM: Nº.8452

Recife, 17, SETEMBRO ,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.

Senha UTI : 615452

TOMOGRAFIA HR
Data: 07/05/19
Médico:
Técnico:

SENHA DA REGULAÇÃO:

NEPI-HR
05/09/19

HR
Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
Hospital da Restauração

Ficha de Atendimento

Nº PRONTUÁRIO: 1691413	Data e Hora de Atendimento: 29/08/2019 20:26	Local de Entrada: EMERGENCIA GERAL Atendimento Manual:

Nº. ATEND.: 1475115 Paciente: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO SIC Nm. Social:
Data de nascimento: 01/04/1998 Idade: 21a 4m 28d Sexo: MASCULINO
Estado Civil: SOLTEIRO Profissão: Acompanhante: RIVALDIRA LOPES VIEIRA
DOC ID / Data expedição / Mãe: IGNORADO Pai: Cartão SUS: 898002924365114
Endereço: RUA LUPICINIO BENICIO DE MIRANDA Numero: 1 Complemento: A 9946-9028
Bairro: FILA SAO LUIZ
Cidade: BUENOS AIRES UF: PE Telefone: 993878568
Ocorrências:

Motivo do atendimento: ACIDENTE MOTO (QUEDA, COLISAO)
Procedência: OUTRO HOSPITAL

TOMOGRAFIA HR 29/07/2019

Informações do Serviço Social: Entrevistado a genitora Rivaldina Lopes no plantão
Confirmação de nome: Sim Confirmação 02/09/19 Fones:
Confirmação de endereço:
Providências: Alta ☐ Caso Social ☐
Encaminhamentos: Rede de Apoio ☐ GPCA ☐ Cons Tutelar ☐ Delegacias ☐ Minist. Publico ☐
Outros ☐
Observação:

Assistente Social
Assistente Social

Assistente Social

FATURADO

História Clínica: Paciente vítima de acidente moto-moto de alto impacto, sem capacete com perda imediata da consciência, ~~e Atendimento~~ Atendido em poucos minutos. Houve IOT s/ sedação por RNC e bom tônus venoso s/a

Atendimento Médico

Perda de consciência: Sim ☒ Não ☐ Episódio Emético: Sim ☒ Não ☐ Acidente de Trabalho: Sim ☐ Não ☐
Acidente de Trânsito: Sim ☒ Não ☐ Tipo: Transporte realizado Por:
Imobilização Cervical: Sim ☒ Não ☐ Sofreu Queda: Sim ☐ Não ☐ Altura:
Condições de imobilização adequadas: Sim ☒ Não ☐ Por Quê?

Exame Físico:

A. Geral: Via aérea está pérvia: Sim ☒ Não ☐ 107 O paciente fala: Sim ☐ Não ☒ Temp.:
IOT Bom expansão em ambos.
B. Respiratório: MV+ em AHT + bilateral
C. Circulatório: PA 190 x 100 mm Pulso 116 bpm
PCR com 2T BNF SCS

HOSPITAL DA RESTAURACAO

Resumo da Classificação de Risco - Protocolo **MANCHESTER_V2**

Data e hora retirada da senha: 29/08/2019 20:16

Nome Paciente: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
Cód. Paciente:
Data de Nascimento: 01/04/1998
Sexo: Masculino
Idade: 21
Senha: U0052
Convênio: -
Atendimento:
SAME:

Periodo: 29/08/2019 20:17 - 29/08/2019 20:17
ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) - CLASSIFICAÇÃO

Prioridade:	**LARANJA - MUITO URGENTE**
Cor:	[redacted] LARANJA
Queixa Principal:	PACIENTE VITIMA DE COLISAOP MOTO/MOTO APRESENTOU VOMITO COM SANGUE CHEGOU INTUBADO
Observação:	SENHA 5759678 SEM CAPACETE
Fluxograma sintoma:	TRAUMA CRANIOENCEFÁLICO
Discriminador(es):	- MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO?
Especialidade:	NEUROCIRURGIA ADULTO
Sinais Vitais Lidos:	- ESCLA COMA DE GLASGOW ADULTO: 3 - REGUA DE DOR: 0

29/08/19 — Enf Raquel

Enquanto permanecia aguardando TC, evoluiu com um comprimido hemiabdomen.

Fomos com realização de Dipirona 1g EV em 10min, sem interrupção da conc.

[illegible] CRM-PE 24.127

29/08/19 09:45 — CGH

Resultado TC de Tórax: Ausência de sinais de pneumotórax ou lesão mediastinal. TC de Abdome: Ausência de pneumoperitônio, ausência de líquido livre, ausência de sinais de lesões maciças.

Ok: plan da CG.

Aos cuidados da UCE

[illegible] CRM-PE 24.127

Acolhido(a) por: ANGELA MARIA OLEGARIO - COREN: 54024 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A)

Data Impressão: 29/08/2019 20:17

21:30 #NCR#

Resgate TC de crânio que evidencia fratura temporo parietal D + contusão meningocerebral mínima, sem desvio de linha mídia ou cavalgamento. Discutido com equipe do plantão

CD: 1) ~~Como fratura~~ Vigilância Neurológica

2) Deixo em AVM + sedação.

3) Solicito exames

Enfermagem

Retirar colar cervical

p/ ordem

Reposicionado pesso verificar pulsações

as 1h.

Seaca

enf

D. Exame Neurológico: Deficiência motora: MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE ☐ Pupilas: Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐

Glasgow: Abertura Ocular Escore: Hora: | Glasgow: Resposta Verbal Escore: Hora: | Glasgow: Resposta Motora Escore: Hora:

ECG = 4+1+3 = 8T

E. Exposição/Abdômen: FRACIDO S/ DOREOSA. POUCO ESTÁVEL
BOXCOCEM PROPÍCIA

Cod. Procedimento

Diagnóstico Inicial: (1) TCE
(2) HEMATOMESE (HEMOSSINUS??)

Conduta: (1) TCE O TC CRANIO COM CONTRAST
TÓRAX E ABD.
(2) PASSAR SVD OK

Ass. Médico

Ass. Enfermagem

Evolução de Enfermagem:

Condição de Alta:

Definição do Caso:
☐ Internamento ☐ Cirurgia ☐ Óbito ☐ Termo de Alta a Pedido ☐ Evadiu-se ☐ Alta
Internado na Clínica:
Transferido para:

☐ Curado ☐ Melhorado
☐ Inalterado ☐ Piorado
☐ Óbito

Autorização para Alta / Internamento / Transferência:
Médico: _____ CRM: _____ Data: _____ Hora: _____

Termo de responsabilidade para Internamento:
- Estou ciente das normas existentes neste hospital as quais aceito integralmente e autorizo a realização de tratamento, clínicos e/ou cirúrgicos inclusive transfusões e sem exames complementares e transporte se forem necessários.
Nome completo legível: _____
Data: Assinatura: _____
No. da identidade: _____

Termo de responsabilidade de alta a pedido:
- Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente neste nosocômio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequências que deste ato possam advir.
Nome completo legível: _____
Data: Assinatura: _____
No. da identidade: _____

Data e Hora Impressão: 29-Ago-19

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

FICHA DE ESCLARECIMENTO

NOME: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO	PRONTUÁRIO: 1691413	ATENDIMENTO: 01475780
DATA DE NASCIMENTO: 01/04/1998	FOI ATENDIDO EM:	Às
	DATA DA ALTA: 17/09/2019 ÀS 09:06	

Diagnóstico Provável:

TCE GRAVE
-- FRATURA DE CRANIO TEMPOROPARIETAL DIREITA [illegible] TQ + CONTUSÃO
-- PO DE CORREÇÃO CIRURGICA DE FRATURA + DREN[illegible]USÃO (30/08/19)

Tratamento Realizado:

CIRURGICO

Observação:

LAVAR FERIDA COM AGUA E SABONETE
- RETIRAR OS PONTOS COM 15 DIAS DE CIRURGIA
- AFASTAMENTO POR 30 DIAS
- FISIOTERAPIA MOTORA

Encaminhado para:

RETORNO NO AMBULATÓRIO DE DR. DELSON COM 30 DIAS

NANDINHO LUIS [illegible] - CRM: Nº 8452

Recife, 17, SETEMBRO ,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.

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 24/8/19	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 24/8/19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Carlos Mendes da Silva Filho

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

TCE

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Tratamento Cirurgico TCE
Alta 17/9/19

ALTA MÉDICA? [X] SIM [ ] NÃO

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? [ ] SIM [X] NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO À INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

[ ] A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO

[X] A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido):

	SEGMENTO ANATÔMICO OU ORGÃO AFETADO
1º	Paciente apresenta desorientação no
2º	tempo e no espaço, apresenta agressivo
3º	e agitado após o acidente, sin de
4º	desencefalo contralateral, transtorno por trauma
5º	75% crânio

Curitiba, 31/10/19
DATA

Dr. Roseane C. Cabral
Médica
CRM/TPE

ASSINATURA E CARIMBO

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
Nome completo:
CRM: UF: Nº:
Endereço:
Cidade: UF:
Telefone: ( )

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Carlos Manoel da Silva Filho

Endereço:

Prescrição: Clonazepam (10mg) — 1cx
1cp VO 1d) 1d HM.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome completo:
Ident.: Órg. Emissor:
Endereço:
Cidade: UF:
Telefone: ( )

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
/ /
Assinatura do Farmacêutico Data

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
167.917.904-74

Nome
CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Nascimento
01/04/1998

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

10.432.878 08/08/2016

<< CARLOS MENDES DA SILVA FILHO >>

<< CARLOS MENDES DA SILVA >>
<< MARIA RITA DA SILVA >>

BUENOS AIRES - PE 01/04/1998

<< CN.13348 L.13A F.231 CART.BUENOS AIRES-PE 31.07.2000 >>

CÓDIGO DE CONTROLE
9140.784A.376F.83A9

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:23:26 do dia 31/10/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 99

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

DENATRAN

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE

Nº 012805916010

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	COD. RENAVAM	RAJ/SIC	EXERCÍCIO
1	355334570	**********	2016

NOME

ALEXANDRE CAVALCANTE DE LUCENA

TIMBAUBA-PE

CPF/CNPJ	PLACA
474.882.334-68	SEC4829

PLACA ANT-UF	CHASSI
******* /PE	9C2KC1680DR348987

ESPÉCIE/TIPO	COMBUSTÍVEL
PAS /MOTOCICLETA	ALCO/GASOL

MARCA-MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.
HONDA/CG150 FAN ESDI	2011	2011

CMT/POT/CIL	CATEGORIA	CAPACIDADE MÁXIMA
28/1495L	PARTIC	VERMELHA

IPVA

COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS
IPVA 2016 QUITADO		1ª ******** 2ª ******** 3ª ********

PARA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS
1	**********

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$)	IOF (R$)	PRÊMIO TOTAL (R$)	DATA DE PAGAMENTO
SEGURO PAGO			

SEGURO OBRIGATÓRIO

OBSERVAÇÕES

AL. EM. BANCO: PAN/PA

DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO

NÃO VÁLIDO PARA TRANSFERÊNCIA

TIMBAUBA

DATA 17/08/16

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 012805916010 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ALEXANDRE CAVALCANTE DE LUCENA

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

TIMBAUBA-PE

EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
2016	17/08/16

VIA	CPF/CNPJ	PLACA
1	474.882.334-68	SEC4829

RENAVAM	MARCA/MODELO
355334570	HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB.	CILIND.	Nº CHASSI
2011	08	9C2KC1680DR348987

PRÊMIO TARIFÁRIO

PAG. (R$)	DEVAT/IAT (R$)	CUSTO DO BILHETE (R$)

CUSTO DO BILHETE (R$)	IOF (R$)	TOTAL (R$)
SEGURO PAGO		

PAGAMENTO	DATA DE QUITAÇÃO
☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO	

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 19.348.006/0001-04

www.seguradoralider.com.br

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666868 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSO PARIETAL COM AFUNDAMENTO E CONTUSAO CEREBRAL A DIREITA.

Descrição do exame físico: CONSCIENTE E ORIENTADO, MAS ALGO DESATENTO, RESPOSTA MOTORA LENTIFICADA, RESPOSTA VERBAL QUASE NULA, EXAME MOTOR E AUTONOMICA. PRESERVADO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM REABILITAÇAO NEUROLOGICA SATISFATORIA, MAS COM SEQUELAS COGNITIVAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190666868 **Cidade:** Buenos Aires **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO **Data do acidente:** 29/08/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSO PARIETAL COM AFUNDAMENTO E CONTUSAO CEREBRAL A DIREITA.

Descrição do exame físico: CONSCIENTE E ORIENTADO, MAS ALGO DESATENTO, RESPOSTA MOTORA LENTIFICADA, RESPOSTA VERBAL QUASE NULA, EXAME MOTOR E AUTONOMICA. PRESERVADO.

Resultados terapêuticos: EVOLUIU COM REABILITAÇAO NEUROLOGICA SATISFATORIA, MAS COM SEQUELAS COGNITIVAS.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO FUNCIONAL EM GRAU LEVE DO LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 30/12/2019

Conduta mantida:

Observações:

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
Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R$ 3.375,00
		Total	**25 %**	**R$ 3.375,00**

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423609/19

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Data do acidente: 29/08/2019

CPF: 167.917.904-74

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO : 167.917.904-74

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 29/11/2019	Data do cadastramento: 29/11/2019
Nome: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO	Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 167.917.904-74	CPF: 115.938.994-24
CARLOS MENDES DA SILVA FILHO	Steffany Caroliny Lins Veloso

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0423609/19

Número do Sinistro: 3190666868

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Data do acidente: 29/08/2019

CPF: 167.917.904-74

CPF de: Próprio

Titular do CPF: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO : 167.917.904-74

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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.

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

Portador da documentação apresentada	Responsável pelo cadastramento na seguradora
Data da apresentação: 17/12/2019	Data do cadastramento: 17/12/2019
Nome: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO	Nome: Steffany Caroliny Lins Veloso
CPF: 167.917.904-74	CPF: 115.938.994-24
CARLOS MENDES DA SILVA FILHO	Steffany Caroliny Lins Veloso

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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666868 **Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.

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. 01787/01788 - carta_03 - INVALIDEZ

00050894

Carta nº 15174797

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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666868 **Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

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

Pag. 00615/00616 - carta_01 - INVALIDEZ
00020308
Carta nº 15176429

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, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666868

Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Data do Acidente: 29/08/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do 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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00323/00324 - carta_02 - INVALIDEZ
00070162

Carta nº 15264981

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, 10 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666868 **Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso 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. 01539/01540 - carta_25 - INVALIDEZ
00020770

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, 29 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190666868 **Vítima: CARLOS MENDES DA SILVA FILHO**

Data do Acidente: 29/08/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS MENDES DA SILVA FILHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 3.375,00

Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%
Graduação: Em grau leve 25%
% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%
Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R$ 3.375,00

Recebedor: **CARLOS MENDES DA SILVA FILHO**
Valor: **R$ 3.375,00**
Banco: **237**
Agência: **000002085-0**
Conta: **000004337-0**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00181/00182 - carta_15R - INVALIDEZ
00030091

3190666869

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF da vítima: 1679790474 | 4 - Nome completo da vítima: Carlos Mendes da Silva Filho

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Carlos Mendes da Silva Filho | 6 - CPF: 167917904-74

7 - Profissão: Recursos | 8 - Endereço: Rua 30 | 9 - Número: 19 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Deniz | 12 - Cidade: Buenos Aires | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 055845-000

15 - E-mail: Recursos | 16 - Telefone: (81) 993046299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os Bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 2085 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 4337 0 (informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

- 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 pericias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar: Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou nascituro (grávida)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar: Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Buenos Aires, 16.01.20

Carlos Mendes da Silva Filho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 67937904774 | 4 - Nome completo da vítima: Carlos Mendes da Silva Filho

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Carlos Mendes da Silva Filho | 6 - CPF: 67937904474

7 - Profissão: Recursos | 8 - Endereço: Rua 30 | 9 - Número: 59 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Luiz | 12 - Cidade: Buenos Aires | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 55845-000

15 - E-mail: Recursos | 16 - Celular: 81993046999

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**

☐ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ **CONTA CORRENTE** (Bancos em geral)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 3783 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 31039 5 (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

- 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 pericias para fins do Seguro DPVAT, ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza pericias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou netos(por parentesco)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do polegar direito

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Buenos Aires, 08/11/19

Carlos Mendes da Silva Filho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019

BRADESCO EXPRESSO

========== VIA DO CLIENTE ==========
Data:01-11-2013 Hora de Brasilia:11:42

Deposito em Conta Corrente

Favorecido
Banco : 237
Agencia: 0100 - CAMPINA
Conta : [redacted]
Nome : CARLOS MERCES DA SILVA FILHO

Depositante : U PAGAMIO
CAMBEISSO
Valor em dinheiro : 50.00
Valor em cheque : 0.00
Valor total : 50.00

Ag.Bradesco :1700 - CAMPINA
Correspon.Banc.:109 - BUENOS VARIEDADES
NSU: 000722113154 Autenticacao: 4D7B8C

U JONELITA DA SILVA VARIEDADES - ME
atua como Correspondente Bancario do
Banco Bradesco S/A.

Conserve este Recibo

OUVIDORIA BRADESCO
0800 727 9933

NSU Rede: 000438 Hora Rede: 11:41:56
Terminal: BR018535

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora LÍDER

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

1 - CPF do sinistro ou ASL: 67917904724 | Nome completo do sinistro: Carlos Mendes da Silva Filho

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

DADOS CADASTRAIS

3 - Nome completo: Carlos Mendes da Silva Filho | 67917904724

7 - Tipo: RECURSOS | 8 - Endereço: Rua 30 | 9 - Número: 39 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Luiz | 12 - Cidade: Buenos Aires | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 53845-000

15 - E-mail: Recursos | Telefone fixo: 83995046299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$3.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$3.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Informe para os bancos abaixo. Acrescente uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Dados do banco)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 3783 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 91039 ☐ (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o Anexo da Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso ocorra do meu interesse.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se teve filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou companheiro(a)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder poderá, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por entre aqueles beneficiários que se apresentarem e comprovarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por violação do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Buenos Aires, 08/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (obrigatória): Carlos Mendes da Silva Filho

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V001/2019

Scanned by CamScanner

Emitido pelo Banco Bradesco SA; em caso de perda ou roubo, comunique imediatamente

AGÊNCIA CONTA

1783 3 0031302 5

383

AUTHORIZED SIGNATURE

Fone Fácil Bradesco 4002-0022 / 0800 570-0022
Acesso do Exterior +55 11 4002-0022
SAC: 0800 704-8383 (Débito) / 0800 727-9988 (Crédito)
Deficiência Auditiva ou de Fala: 0800 722-0099
Ouvidoria: 0800 727-9933

banco.bradesco

Banco24Horas

ATM pulse

NO EXTERIOR

Diners Club INTERNATIONAL

DISCOVER

Scanned by CamScanner

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Número do Sinistro: 3190666868
Nome do(a) Examinado(a): Carlos Mendes da Silva Filho
Endereço do(a) Examinado(a): Rua 30, 19
Sao Luiz Buenos Aires PE CEP: 55845-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SDS / PE] 10432878
Data local do acidente: [29/08/2019]
Data local do exame: [30/12/2019] Recife [PE]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

TRAUMATISMO CRANIANO COM FRATURA DE OSSO PARIETAL COM AFUNDAMENTO E CONTUSAO CEREBRAL A DIREITA.

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

Tratamento: TRATAMENTO CIRURGICO COM CRANIOPLASTIA E DRENAGEM DE HEMATOMA. EM USO DE FENOBARBITAL E FENITOINA DE FORMA CONTROLADA.
Complicações: DEFICT COGNITIVO COMPORTAMENTAL. EPILEPSIA SECUNDÁRIA SOB CONTROLE MEDICAMENTOSO.
Data da Alta: VÍTIMA NÃO APRESENTOU DOCUMENTOS

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

CONSCIENTE E ORIENTADO, MAS ALGO DESATENTO, RESPOSTA MOTORA LENTIFICADA, RESPOSTA VERBAL QUASE NULA, EXAME MOTOR E AUTONOMICA. PRESERVADO.

IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) Sim ( ) Não

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(X) Sim ( ) Não

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

DEFICT COGNITIVO COMPORTAMENTAL GLOBAL LEVE.

Caso a resposta do item V seja "“Não”", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"

VII. Segundo o previsto no inciso II, §1° do art. 3° 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 (*).

( ) "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 parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):
LESÕES NEUROLÓGICAS QUE CURSEM COM DANO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ALIENANTE
% do dano: ( ) 10% residual **(X) 25% leve**
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve
( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo

Região Corporal (Sequela):
% 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 à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)
Carimbo com Nome e CRM

DR. LUIZ CASANOVA
Médico
CRM: 17761

GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 064ª CIRCUNSCRIÇÃO - GLORIA DO GOITÁ - DP64ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 19E0154001213

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/11/2019** às **16:08**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia **29/8/2019** no período da **Noite**

Natureza Jurídica: **COLISÃO**
Fato ocorrido no endereço: **AVENIDA JOAO TEOBALDO DE AZEVEDO, 1, PRÓXIMO AO ESPETINHO DE SANTOS** - Bairro: **VILA SAO LUIZ** - **BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLICIA DE GLORIA DE GOITA
64ª CIRCUNSCRIÇÃO

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:
DESCONHECIDO (AUTOR \ AGENTE)
ALEXANDRE CAVALCANTI DE LUCENA (OUTRO)
CARLOS MENDES DA SILVA FILHO (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): DESCONHECIDO

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

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Mãe: **MARIA RITA DA SILVA** Pai: **CARLOS MENDES DA SILVA** Data de Nascimento: **1/4/1998** Naturalidade: **BUENOS AIRES / PERNAMBUCO / BRASIL**
Documentos: **10432878/SDS/PE (RG), 16791790474 (CPF)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AUTONOMO(A)**
Endereço Residencial: **RUA PROJETADA TRINTA, 19, SÍTIO SANTA ANA, SÃO LUIZ, BUENOS AIRES-PE - CEP: 0 - Bairro: VILA SAO LUIZ - BUENOS AIRES/PERNAMBUCO/BRASIL**

ALEXANDRE CAVALCANTI DE LUCENA (não presente ao plantão) - Sexo: **Masculino**
Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL**

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

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

MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ALEXANDRE CAVALCANTI DE LUCENA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **CARLOS MENDES DA SILVA FILHO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 150 FAN MIX ESDI** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **PEO4529** (PERNAMBUCO/BUENOS AIRES) Chassi: **9C2KC1680BR548987**
Ano Fabricação/Modelo: **2011/2011** Combustivel: **ALCO/GASOL**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/DESCONHECIDO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

INFORMA A VÍTIMA QUE NO LOCAL ACIMA CITADO PRÓXIMO AO ESPETINHO DE SANTOS, FOI DAR PREFERÊNCIA AOS PEDESTRES E AO SAIR COM A MOTO COLIDIU DE FRENTE COM OUTRA MOTOCICLETA QUE ESTAVA NO SENTIDO OPOSTO OCASIONANDO O ACIDENTE, SOCORRIDA POR UMA UNIDADE DO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DE BUENSO AIRES E TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO EM RECIFE-PE DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS.

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

CARLOS MENDES DA SILVA FILHO
(VITIMA)

Carlos Mendes da Silva Filho

B.O. registrado por: **SEVERINO EVALDO DO NASCIMENTO** - Matrícula: **159.816-3**

Severino Evaldo do Nascimento
Comissário Especial de Polícia
Mat. 159.816-3

POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE [illegible] DE BOITA
84ª CIRCUNSCRIÇÃO

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Seguradora LÍDER

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: | 3 - CPF do vítima: 67937904774 | 4 - Nome completo da vítima: Carlos Mendes da Silva Filho

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: Carlos Mendes da Silva Filho | 6 - CPF: 67937904774

7 - Profissão: Recursos | 8 - Endereço: Rua 30 | 9 - Número: 59 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: São Luiz | 12 - Cidade: Buenos Aires | 13 - Estado: PE | 14 - CEP: 55845-000

15 - E-mail: Recursos | 16 - Telefone: 81993046299

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: | 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1.00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: ☐ (informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Bradesco
AGÊNCIA: 3783 ☐ (informar o dígito se existir) CONTA: 31039 ☒ (informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: | 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não | 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou rendimento bruto mensal? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Buenos Aires, 08/11/19

Carlos Mendes da Silva Filho
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS 001 V002/2019